CENA 100 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) · Styczeń – Luty 1950 · Nr 1–2



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Styczeń — Luty 1950 Nr 1—2

PO PIĘCIU LATACH

MIJA pięć lat od chwili, gdy naród polski święcił uroczystość wyzwolenia Stolicy Państwa.

5 lat temu Wojsko Polskie, u boku Armii Czerwonej, wkraczało w ulice Warszawy, niosąc Polakom upragnioną wolność, a najeźdźcy faszystowskiemu — zagładę.

Przez długie pięć lat naród polski krwawił w walce o wolność. Pięć lat wolności to także lata walki — o pokój, pokój nie tylko dla narodu polskiego, ale pokój dla całego świata, dla wszystkich ludzi dobrej woli.

I w tej walce również nie jesteśmy osamotnieni, walczymy u boku wypróbowanego przyjaciela, potężnego Związku Radzieckiego i narodów demokracji ludowej.

Najpewniejszą gwarancją pokoju, o który walczy dziś klasa robotnicza całego świata, to wspaniałe osiągnięcia w gospodarce narodowej, realizowane przez masy uświadomionych budowniczych lepszego jutra, to także silne, dobrze wyszkolone wojsko,świadome tego, że stoi na straży żywotnych interesów klasy pracującej.

Powrót Marszałka Konstantego Rokossowskiego do Polski nie oznacza jedynie powrotu do kraju jednego z jej synów. Powrót do Polski sławnego dowódcy stalinowskiej szkoły wojennej i doskonałego stratega i objęcie przez niego dowództwa nad Wojskiem Polskim — oznacza siłę tego Wojska, wzrost w znaczenie i potencjał.

Absolutyzm carsko-cesarski, który gnębił przeszło sto lat ziemie polskie, spowodował, że wielu synów naszej Ojczyzny powędrowało za Jej granice, by w walce „za naszą i waszą wolność" wydrzeć kraj ojczysty z rąk gnębicieli ludu. Tak więc w szeregach bojowników Rewolucji Październikowej znaleźli się liczni Polacy, których z ziemi własnej wygnała wola walki z ciemięzcą, wygnał głód umęczonego polskiego robotnika. Między innymi, w walkach Rewolucji brał udział syn warszawskiego kolejarza, młody kamieniarz, KONSTANTY ROKOSSOWSKI.

Konstanty Rokossowski urodził się w roku 1896, w Warszawie.

Po śmierci rodziców, ojca maszynisty kolejowego i matki nauczycielki, młody Konstanty porzuca marzenia o Szkole Technicznej i samotny staje do walki z życiem i nędzą; otrzymuje pracę jako kamieniarz przy budowie Mostu Poniatowskiego.



(WAF)

W roku 1912, za udział w wielkiej demonstracji robotniczej, Konstanty Rokossowski zostaje wtrącony do więzienia, a następnie wcielony do carskiej armii. Tak więc znajduje się na ziemi rosyjskiej, gdzie z chwilą wybuchu Rewolucji Październikowej przystępuje do wyzwoleńczych walk klasy robotniczej. Walczy, by czerwony sztandar załopotał kiedyś wolnością i nad jego Ojczyzną.

Rozumiejąc, że Armia Czerwona broni socjalizmu, który ma kiedyś wyzwolić jego robotniczą Ojczyznę, pozostaje w szeregach tej armii, gdzie dzięki niepospolitym zdolnościom stratega i wysokiej klasie wojskowego wychowania, jakie otrzymuje w radzieckiej szkole, Konstanty Rokossowski dochodzi do rangi generała-majora.

Jego udział w drugiej wojnie światowej przynosi mu dalszą sławę i odznaczenia.

Poprzez Wołokołamską szosę, Stalingrad i Kursk, Rokossowski dociera do warszawskiej Pragi. Umęczona 500-kilometrowym marszem czołówka armii staje nad brzegiem Wisły. Tu ma nastąpić przegrupowanie wojsk i przygotowanie do zimowej ofensywy.

Tymczasem w Warszawie wre powstanie, którego dowództwo bez porozumienia z dowództwem radzieckim, rozpoczęło szaleńczą walkę, wciągając w nią bohaterską, nieświadomą ponurej gry swych przywódców, ludność Warszawy.

By przyjść z pomocą powstańcom, dowódca frontu wydaje rozkaz sforsowania Wisły przy jednoczesnym natarciu Artylerii Frontu. Jednak dowództwo A. K. odmawia porozumienia się w sprawie tej operacji i wycofuje swe oddziały z Czerniakowa, co pozwala Niemcom odeprzeć pierwsze natarcia, przy ogromnych stratach ze strony atakujących.

Marszałek Rokossowski, pomimo iż sprawa powstania jest już przesądzona, nie rezygnuje z pomocy Warszawie i próbuje osłabić ataki Niemców na walczącą Stolicę. Każdy, kto przeżył powstanie, pamięta loty radzieckich samolotów przepędzających Luftwaffe znad domów Warszawy. Zrzuty broni i żywności witane były wówczas przez powstańców z nieopisanym entuzjazmem.

Zdradziecka, kapitulancka postawa Bora rozstrzyga na razie o losach Stolicy.

Następnie zimową ofensywą oswobadzającą Warszawę, Toruń, Olsztyn, Gdańsk i Szczecin, Rokossowski dociera do zachodniej granicy naszych ziem, do granicy, na której straży stoi dziś niezłomnie, pod jego wodzą, żołnierz polski.



26 lat temu zmarł Włodzimierz Iljicz Lenin

Dwadzieścia sześć lat upłynęło od dnia śmierci Włodzimierza Lenina. Ale z każdym rokiem wielkie jego nauki rozwinięte przez Józefa Stalina, ucznia i genialnego kontynuatora dzieła Lenina, święcą coraz większy triumf. Ich przemożny wpływ na dzieje ludzkości wzmaga się nieprzerwanie.

Zwycięskie sztandary leninizmu powiewają już nie tylko w Związku Radzieckim — twierdzy pokoju i postępu. Leninizm stał się sztandarem walki milionowych mas pracujących we wszystkich zakątkach ziemi.

LENIN —
ŻYŁ,
LENIN —
ŻYJE,
LENIN —
BĘDZIE ŻYŁ

W. Majakowski

HISTORYCZNE zwycięstwo Armii Radzieckiej nad hitlerowskimi Niemcami stworzyło warunki, w których możliwe było zlikwidowanie podstawowych elementów niemieckiego imperializmu i faszyzmu, tzn. wielkich kapitalistów i junkrów niemieckich. Do tego celu zmierzał zawarty, bezpośrednio po kapitulacji Niemiec, Układ Poczdamski między czterema mocarstwami. Układ ten przewidywał, obok naprawy krzywd wyrządzonych przez Niemcy innym narodom m. in. i Polsce, denazyfikację, demilitaryzację i demokratyzację Niemiec, tzn. ukaranie zbrodniarzy wojennych, odsunięcie aktywnych hitlerowców od władzy, rozbrojenie Niemiec, oddanie władzy masom pracującym i wreszcie zakaz tworzenia partii faszystowskich i reakcyjnych. Wynikiem takiej polityki miało być powstanie zjednoczonych demokratycznych Niemiec.

Uchwały poczdamskie, jak wiadomo, zostały wyłącznie zrealizowane w strefie okupacyjnej radzieckiej. Natomiast w innych strefach imperialistyczna Ameryka odbudowuje przemysł wojenny, potajemnie organizuje niemieckie siły zbrojne ,otwarcie podsyca szowinistyczne i odwetowe nastroje Niemców, prześladuje demokratów i wysuwa na odpowiedzialne stanowiska osobistości znane ze swych reakcyjnych lub faszystowskich poglądów. Skutkiem tej polityki już na pierwszym posiedzeniu marionetkowego parlamentu w Bonn domagano się przyłączenia do Niemiec naszych Ziem Zachodnich i Czeskich Sudetów.

Polityka amerykańska zmierza wyraźnie do uczynienia z Niemiec Zachodnich bazy wypadowej na Polskę i Związek Radziecki.

Zaledwie 5 lat po zwycięskim końcu wojny i po rozgromieniu hitleryzmu, gdy Warszawa nie zdołała jeszcze uprzątnąć wszystkich swych gruzów, na terytorium Niemiec Zachodnich szykują się pod kierownictwem Ameryki nowe siły do wojny.

Inaczej natomiast przedstawia się sprawa na terytorium Niemiec Wschodnich, gdzie wskutek właściwej polityki radzieckiej układ poczdamski został zrealizowany. Reforma rolna i upaństwowienie przemysłu zniszczyły tu podstawy panowania junkrów i faszystów, a w rezultacie tej polityki, prowadzonej w oparciu o elementy szczerze demokratyczne, oddane sprawie robotniczej, powstała NIEMIECKA REPUBLIKA DEMOKRATYCZNA, której programem jest przebudowa demokratyczna Niemiec, przyjaźń ze Związkiem Radzieckim i krajami demokracji ludowej oraz porozumienie z Polską na platformie uznania granicy Odra — Nysa.

W przeciwieństwie do marionetkowego rządu w Bonn, rząd Republiki Niemieckiej z siedzibą w Berlinie potępia rozbicie kraju, narzucone przez Amerykę i przewiduje walkę o przywrócenie **jedności Niemiec.** Polityka ta odpowiada najbardziej interesom narodu niemieckiego i chociaż na razie władza demokratyczna rządu niemieckiego ogranicza się do jednej strefy, rząd ten reprezentuje interesy przeważającej części narodu niemieckiego.

W imieniu rządu Republiki Niemieckiej premier Grotewohl i prezydent Pieck oświadczyli: **„Rząd niemiecki świadom jest wielkiej odpowiedzialności, ciążącej na narodzie niemieckim za to, że popierał na ślepo agresję hitlerowską. To też obierając nową drogę demokratyzacji, pokoju i przyjaźni z innymi narodami, rząd będzie się opierał ściśle na zasadach poczdamskich... Granica na Odrze i Nysie powinna być granicą pokoju i nigdy nie może przeszkodzić przyjacielskiej więzi z narodem polskim".**

Są to słowa przedstawicieli Rządu Republiki Niemieckiej.

Kto stoi za tym rządem?

Stoją za nim rzesze uczciwych, mocnych ludzi, ludzi, którym niestraszne były obozy i prześladowania by stanąć do walki ze skutkami ponurej przemocy, jaka nękała od wieków naród niemiecki, przemocy pruskich magnatów, potentatów wojennych, a wreszcie, wyrosłego na pożywce ekspansji kapitalistycznej, okrucieństwa hitlerowskiego.

Ludzie, którzy stoją dziś za rządem Republiki Demokratycznej, to szeregi komunistów, któ-

rzy zdołali jeszcze przeżyć obozy niemieckie, ukryć się lub zbiec przed nazizmem za granicę, to także szeregi prostych, mądrych ludzi, po których propaganda faszyzmu spłynęła, nie naruszając ich uczciwych, mocnych charakterów, to tkacze i górnicy, uczeni i literaci, to ci, którzy mogą dziś z podniesionym czołem powiedzieć, że złu się sprzeciwiali, że stracili swe najpiękniejsze lata w walce o prawdę dla Niemiec, o bezczeszczony honor narodu niemieckiego.

Zaborczość i agresja nie leżą w naturze żadnego narodu, nie leżą również w naturze i charakterze Niemiec, były one wynikiem panowania pruskich junkrów i burżuazji, którzy dla zdobycia nowych rynków zbytu, tzw. „przestrzeni życiowej" nie dla ludu niemieckiego, ale dla swych kapitałów prowadzili zaborcze wojny.

Zniszczenie tych pasożytniczych klas daje dziś nam gwarancję, że deklaracja Grotewohla i Piecka jest wyrazem woli obywateli nowej Republiki Demokratycznej.

Uważając tę Republikę za podwalinę jednolitych, demokratycznych Niemiec, a powstanie jej za punkt zwrotny w dziejach Europy, Generalissimus Stalin powiedział, iż **„nie ulega wątpliwości, że istnienie Niemiec demokratycznych i pokój miłujących obok istnienia miłującego pokój Związku Radzieckiego wyklucza możliwość nowych wojen w Europie i uniemożliwia ujarzmienie krajów europejskich przez imperialistów świata".**

Demokratyczna Republika Niemiecka wzmacnia więc front pokoju i stwarza dla naszego narodu nową sytuację historyczną, w której nie będziemy mieli wroga na Zachodzie.

D.

Dr BRONISŁAW KOSTKIEWICZ
Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża

LECZENIE UMYSŁOWO CHORYCH W ZWIĄZKU RADZIECKIM

Pisząc na temat leczenia i opieki nad psychicznie chorymi w Związku Radzieckim, nie sposób pominąć tu znaczenia, jakie wywarła na ten odcinek medycyny w ZSRR Rewolucja Październikowa.

Istotne polepszenie dobrobytu oraz podniesienie stopy życiowej ludu pracującego przyczyniło się do rozkwitu kultury, nauki i sztuki oraz do ich upowszechnienia.

Przemiany społeczne w Związku Radzieckim wykazały przede wszystkim ogromną troskę o człowieka, a ta znalazła swój wyraz, między innymi dziedzinami, w sprawnej i wspaniałej organizacji Służby Zdrowia.

W ramach tej organizacji, również i w dziedzinie psychiatrii, obserwujemy swoistość dróg rozwoju radzieckiej medycyny jako nauki, jej śmiałość poszukiwania nowych prawd oraz ścisłą łączność tej nauki z życiem, tak charakterystycznej cechy radzieckiej pracy naukowej.

Jeśli chodzi o psychiatrię jako naukę, jako specjalną gałąź wiedzy medycznej, znalazła ona w Związku Radzieckim nowe ujęcie, wkroczyła na drogę twórczych, nowych teorii opartych o podstawy materialistyczne.

Nie przyszło to łatwo!

Rosyjscy psychiatrzy byli niewolnikami teorii uczonych zachodnio-europejskich oraz ich idealistyczno-psychologicznych koncepcji. Drogą ewolucji nauka radziecka podążała za prądami zachodnimi, z czasem jednak przełamała je przez swój własny pryzmat i odrywając się od filozofii idealistycznej, znajdywała dla psy-

chiatrii radzieckiej naukowe materialistyczne podstawy, nadające jej indywidualne piętno społeczno-przyrodniczego podejścia.

Należy wspomnieć, że za podstawę materialistycznie pojmowanej psychiatrii służą dzisiaj bogate osiągnięcia szkoły fizjologicznej Wielkiego Akademika Pawłowa.

Nie obeszło się również bez błędów w początkach budowy nowego szkieletu psychiatrii na podstawach materialistycznych. Psychiatria radziecka jednak, jako nauka, wychodzi z nich zwycięsko: rok 1936 można uważać już za rok, w którym wkracza na właściwą drogę rozwoju trafnych teorii o podstawach materialistycznych i one właśnie zapewniają jej postęp naukowy, oraz możliwości osiągnięcia nowego, wyższego poziomu w pracy leczniczo-psychiatrycznej.

Przechodząc do właściwego tematu leczenia i pielęgnacji psychicznie chorych należy spojrzeć wstecz, jaśniej wówczas pojmiemy ogrom i istotną wartość osiągnięć radzieckiej psychiatrii na tym odcinku.

Pojęcie umysłowo-chorego sięga drugiej połowy osiemnastego wieku. Zmienia się wtedy moralny stosunek do człowieka dotkniętego najcięższą z chorób, chorobą umysłową, dawny „wariat" zostaje uznany za chorego. To już jest wiele! Zmienia się los umysłowo-chorych, bo zakłady-więzienia zmieniają się w zakłady-szpitale, dalej są jednak tylko cmentarzyskiem myśli ludzkiej, obserwowanym przez lekarzy, a dozorowanym przez personel sanitarny.

W drugiej połowie dziewiętnastego wieku ustalają się podstawy teoretyczne psychiatrii. Psychiatria zaczyna stawać się n a u k ą, ale w dziedzinie leczenia umysłowo chorych nic się jeszcze nie dzieje.

Głównym zadaniem psychiatrii była wówczas o p i e k a nad umysłowo chorymi i o d s e p a r o w a n i e ich od społeczeństwa. Czyli myślano raczej o zdrowych, o tym, jak ich uwolnić od umysłowo chorych. Ten stosunek do umysłowo chorych charakteryzuje najlepiej określenie pomieszczeń dla nich mianem — zakładów, a nie szpitali, pielęgniarze zwani są dozorcami, same zakłady zaś otoczone są wysokimi, grubymi murami, sale mają zakratowane okna, separatki posiadają „judasze", spotykamy siatkowe łóżka, kaftany bezpieczeństwa, tak zwane „koce" itp. Niestety te średniowieczne „akcesoria" spotyka się jeszcze częściowo do dzisiaj w zakładach, bądź też już nowocześnie zwanych — szpitalach psychiatrycznych, na Zachodzie i w Polsce.

Psychiatria długi czas była jedynym odłamem medycyny, który nie stawiał sobie zadania l e c z e n i a swych chorych.

Dzisiaj głęboka przepaść dzieli psychiatrię tamtego okresu od współczesnych metod leczenia i pielęgnacji w szpitalach psychiatrycznych Związku Radzieckiego.

Tymbardziej należy ocenić tę rewolucyjną zmianę w leczeniu i pielęgnacji opartej obecnie na naukowych podstawach, że młoda organizacja socjalistycznej służby zdrowia jak i młoda wtedy Władza Radziecka zmuszona była rozpocząć budowę — od początku.

Powołane w organizacji Radzieckiej Służby Zdrowia czynniki, które miały się zająć zdrowiem psychicznym, pracę swoją rozwinęły w trzech zasadniczych kierunkach.

Po pierwsze — przystąpiono do ustabilizowania i rozszerzenia szpitali stałych, pamiętając, że poza wzrostem liczby łóżek, szpitale muszą zmienić swoją j a k o ś ć. Szpitale przyjmują wypadki świeże i ostre, co zwiększa ich przelotność, a dla chronicznie chorych organizuje się kolonie, gdzie zasadniczym elementem leczniczym jest p r a c a.

Po drugie — rozbudowuje się sieć placówek, które mają nieść pomoc psychiatryczną ludności poza obrębem szpitala, tworzy się tak zwane dyspansery, polikliniki, sanatoria i punkty rejonowych psychiatrów. Rejonowi psychiatrzy przez osobisty kontakt z chorymi i ich otoczeniem odegrali ogromną rolę przez swój bezpośredni wpływ na zmianę warunków życiowych dla umysłowo chorych.

Te nowe zarządzenia miały duży wpływ właśnie na leczenie psychicznie chorych, ponieważ zbliżały lekarza-psychiatrę do ludności, dopomagały do ujawnienia wczesnych wypadków zachorowania, co znów pozwalało na wczesne, właściwe rozpoznanie choroby i miało dodatni wpływ na efekt leczenia. Wreszcie uświadamiając ludność udoskonalano i podnoszono wśród niej pracę sanitarno-profilaktyczną. Zmieniło to nastawienie ludności do szpitali psychiatrycznych, zwiększyło z a u f a n i e do psychiatrów, a więc i ilość osób szukających pomocy psychiatrycznej.

Po trzecie — ponieważ zwiększono wymagania w dziedzinie pomocy psychiatrycznej i leczenia — przystąpiono do szkolenia nowych licznych kadr sił lekarskich oraz pomocniczego personelu lekarskiego. Najlepszą wymową będą tutaj cyfry. Przed rewolucją w 1916 r. w Centralnej Rosji pracowało 356 lekarzy - psychiatrów, a już w 1941 r. w RSFSR to jest — tylko w Rosji Centralnej i na Ukrainie liczba psychiatrów wzrosła do 1.556, liczba pracowników zaś pomocniczego personelu lekarskiego 1.I.1941 r. wynosiła 6.744.

Wszystko to razem wzięte, a więc: potężny rozkwit myśli naukowej, gęsta sieć szpitali psychiatrycznych, zwiększenie ilości łóżek dla umysłowo chorych oraz wzrost wysoko kwalifikowanych kadr lekarsko-pielęgniarskich — przyczyniło się do uaktywnienia lecznictwa i wzrostu poziomu pielęgnacji umysłowo chorych.

Ogromne znaczenie dla leczenia psychicznie chorych miało również nawiązanie współpracy psychiatrów z wszystkimi prawie gałęziami medycyny.

Powstaje metoda zbiorowego badania umysłowo chorego. Przed ustaleniem rozpoznania i określeniem leczenia stosowany jest szereg badań, jak: fizykalne, neurologiczne, biochemiczne, otolaryngologiczne, promieniami Rentgena, badania dodatkowe i niejednokrotnie badanie eksperymentalno - psychologiczne, przeprowadzone przez psychologa.

W pierwszych dziesiątkach XX wieku leczenie porażenia postępującego malarią stało się bodźcem, który wniósł do psychiatrii myśl aktywnych metod leczenia.

Psychiatria w dziedzinie leczenia uaktywniła się: coraz nowsze metody zaczęły okazywać się realnymi i skutecznymi środkami leczenia, nowe zarządzenia pozwoliły na wczesne stosowanie terapii, zbiorowe zaś metody badań dawały możliwość pewnej diagnozy.

Stosowane są z powodzeniem trwałe kąpiele, leczenie przedłużonym snem, leczenie wstrząsowe jak: insulino-terapia, terapia kamforowa, korozolowa w zastępstwie kardiazolu, siarkowa, aż do elektro-szokowej.

Radzieccy psychiatrzy, jedni z pierwszych, zastosowali z powodzeniem przy nerwicach pokontuzyjnych terapię wstrząsową.

Należy też zaznaczyć, że psychiatria radziecka opracowała zagadnienie traumatycznych uszkodzeń mózgu i już na długo przed wojną osiągnęła duże postępy w dziedzinie mózgowej neurochirurgii, co pozwoliło jej w czasie wojny spełnić poważne zadanie na odcinku pomocy w wypadkach poranienia czaszki.

Ostatnio są również stosowane chirurgiczne metody leczenia chronicznych stanów schizofrenii. Ta operacja mózgowa tak zwana „lobotomia" polega na przecięciu włókien mózgowych płatów czołowych i tym samym odcięciu wyższych funkcji mózgowych od niższych, co ma wpływać na zniesienie urojeń, halucynacji i podnieceń.

Aktywne metody leczenia stosowane są nie tylko w procesach, ale i w stanach reaktywnych.

Wszystkie wyżej wymienione rodzaje leczenia są obecnie stosowane w każdym szpitalu psychiatrycznym Związku Radzieckiego, a nie tylko w klinikach, na najwyższym zaś poziomie postawiona jest **terapia przy pomocy pracy.**

Praca zaś odbywa się w polu, w ogrodach, na folwarkach kolonii oraz w całym szeregu warsztatów: tkackich, stolarskich, szewskich, krawieckich, koszykarskich, introligatorskich, w drukarniach, biurach szpitali itp. Leczenie pracą to potężny oręż w arsenale lecznictwa. Praca przyczyniła się do spotęgowania dodatnich skutków aktywnego leczniczego oddziaływania na organizm chorego, nie mówiąc już o wpływie na samopoczucie chorego, któremu wraca poczucie jego wartości i świadomość potrzeby jego pracy, co ma duże znaczenie u chorych chronicznie. Szczególnie ci ostatni bez pracy czują się wyrzuceni poza nawias społeczności.

Wyobraźmy sobie teraz te wszystkie metody leczenia psychiatrii radzieckiej w nowocześnie urządzonych szpitalach bez murowanych ogrodzeń i krat, z ogrodami i parkami, sale jasne z pomalowanymi w jasnych tonach ścianami, przytulnie urządzone, obrusy i kwiaty, czyste łóżka, głośniki radiowe, świetlice, nie mówiąc już o tym, że w niektórych nowoczesnych szpitalach znajdują się sale teatralne, kinowe itd., a będziemy mieli całość atmosfery radzieckiego szpitala dla psychicznie chorych. Przede wszystkim odgrywa tu dużą rolę wykorzystanie przestrzeni , bardzo ważna jest także selekcja chorych, dobór ich z uwzględnieniem jednostek chorobowych, co niweluje konflikty i podniecenia do minimum.

Jasne jest, że w tych warunkach w radzieckich szpitalach psychiatrycznych znikły raz na zawsze akcesoria „uśmierzające“ chorych, potrącające o średniowiecze, jak: kaftany bezpieczeństwa, siatki itd., a zapanowała humanitarna, naukowa metoda leczenia prowadzona przez wysoko kwalifikowanych lekarzy i przepojona głęboką troską o człowieka pielęgnacja chorych, kierowana doświadczoną ręką radzieckiej pielęgniarki.

Ta atmosfera sali z jej szatą zewnątrzną i treścią moralną ujęta w kontakcie z chorym zależy od średniego personelu. W rękach pielęgniarki spoczywa doprowadzenie do końca myśli lekarskiej przez wykonywanie poleceń lekarza.

Pielęgniarka najdłużej obcuje z chorymi; od jej taktu, inteligencji i zasobu wiedzy zalezy nie tylko dyscyplina na sali chorych, opieka nad nimi, nad ich higieną osobistą i pościeli, procesem odżywiania, ale e f e k t l e c z e n i a, a niejednokrotnie i ustalenie rozpoznania.

Umiejętna obserwacja zachowania się umysłowo chorego w ciągu dnia i nocy, spełniania przez niego funkcji fizjologicznych, jego snu itp. daje lekarzowi nieraz ważny materiał do wyciągania daleko idących wniosków diagnostycznych, a samego chorego chroni przed komplikacjami „dzienniczek“, w którym pielęgniarka na swoim dyżurze notuje spostrzeżenia co do zachowania się chorych, ich reakcji na leczenie itp. Tak jak dla lekarza prowadzona przez niego historia choroby jest zwierciadłem jego wiedzy i stosunku do pracy, tak samo dzienniczek pielęgniarki odzwierciedla jej poziom i kwalifikacje zawodowe.

Poza tym na pielęgniarce spoczywają jeszcze obowiązki kancelaryjne, choć nie duże, jednak odpowiedzialne, jak: prowadzenie wykazu leków, zabiegów, wypisywanie chorych itp.

Pielęgnacja psychicznie chorych jest specjalnie trudna i odpowiedzialna, wymaga dużego opanowania i wysiłku oraz znajomości samego zagadnienia. Przecież umysłowo chory nie zawsze się poskarży jak inny pacjent, a może również zachorować fizycznie, ten moment najczęściej wyławia czujna pielęgniarka. Przy tym kontakt z umysłowo-chorym bywa często utrudniony, chłód uczuciowy schizofrenika nie zawsze każe mu okazać wdzięczność, halucynacje podszeptują nawet agresję wobec pielęgniarki, chory z manią samobójczą stara się uśpić czujność pielęgniarki, nie mówiąc już o obserwacji równie ważnej na oddziałach dla chorych podsądnych.

Pielęgniarka przy umysłowo chorych winna być zrównoważona, opanowana, pogodna, wymagać dyscypliny od siebie, a wtedy utrzyma ją również na oddziale.

Taką też jest pielęgniarka w Związku Radzieckim.

Trzy elementy składają się na wzór dobrej pielęgniarki:

Pierwszy — to element wiedzy zdobytej w czasie nauki i praktyki. **Drugi** — to element serca, który objawia się głęboką serdeczną troską o chorego człowieka. **Trzeci** — element — to wysokie u s p o ł e c z n i e n i e, ten ostatni jest najmocniejszym czynnikiem w sumiennym i rzetelnym spełnianiu obowiązków pielęgniarki. To wysokie uspołecznienie jest właśnie największym dorobkiem socjalistycznej Służby Zdrowia ZSRR.

Udowodnić to można porównaniami, zaczerpniętymi z ustroju kapitalistycznego, w którym podział chorych na klasy pierwsze i trzecie paczył pracę pielęgniarki, uczył ją żenującego wyciągania ręki po „napiwek“ i niósł niesprawiedliwe traktowanie chorych, usłużne, aż niewolnicze dla pacjenta z „separatki“, a opryskliwe dla „ogólnej“ sali trzeciej klasy, na której leżał chory robotnik i chłop.

Inny smutny przykład z oddziałów psychiatrycznych: ustosunkowanie się niektórych pielęgniarek zakonnych, obarczonych klerykalnym wychowaniem do umysłowo chorych, było niejednokrotnie godne najwyższego potępienia. Tak więc: lepki, lizusowaty, bigoteryjny epileptyk modlący się aż do napadu, lub stanu pomrocznego był jako „pobożny“ chory przekarmiany przez siostrę dodatkowymi porcjami, traktowany łagodnie, a chłodny uczuciowo, złośliwy, bluźniący pod wpływem omamów, schizofrenik był traktowany niejednokrotnie z całą brutalnością, jako „opętany przez diabła“.

Z tymi niezdrowymi objawami wyrosłymi na gruncie niesprawiedliwości społecznej i klerykalizmu w Związku Radzieckim nie można się spotkać.

Jeszcze jeden bardzo ważny czynnik podnosi wydajność pracy lekarzy i pielęgniarek Związku Radzieckiego. Tym czynnikiem jest szeroko rozwinięte współzawodnictwo pracy.

Nie trzeba tłumaczyć, że współzawodnictwo, ta szlachetna walka o coraz lepsze metody leczenia, o coraz lepszą opiekę nad chorym pozwala doprowadzić do jak najlepszych wyników na odcinku troski o zdrowie narodu. Istnieje współzawodnictwo indywidualne między lekarzami, pielęgniarkami i pomocniczym personelem, między poszczególnymi oddziałami oraz między szpitalami o tym samym profilu. Szlachetna rywalizacja toczy się o zdobycie pierwszego miejsca, o tytuł przodownika, o przechodnie sztandary i inne wyróżnienia. Najmilszym wyróżnieniem dla lekarzy i pielęgniarek jest delegacja do jednej z przodujących klinik Moskwy, Leningradu, Charkowa, czy Odessy na kursy dokształcające.

Istnieją poza szeregiem katedr przy wyższych zakładach naukowych Instytuty Psychiatryczne, a dla średniego personelu tak zwane Technicum — medyczne.

Psychiatria radziecka zawdzięcza swój potężny rozwój myśli naukowej — postęp w lecznictwie i pielęgnacji przede wszystkim istnieniu w Związku Radzieckim wielkiego szacunku dla człowieka i nauki, jaki nie istnieje jeszcze nigdzie na świecie.

(Zainteresowanych odsyła się do artykułów Dr. Helenny Kruszewskiej-Flatauowej p. t. „Organizacja Służby Zdrowia" i Dr. Bronisława Kostkiewicza — p. t. „Osiągnięcia Radzieckiej Psychiatrij 1917 — 1946 r." umieszczonych w numerze 2-gim Rocznika Psychiatrycznego, w których zagadnienia te są szerzej ujęte).

Bronisław Kostkiewicz

Dr. K. KANCEWICZOWA

OPIEKA OTWARTA W PSYCHIATRII

NAJMNIEJ znana szerszemu ogółowi dziedzina medycyny, to ta, która traktuje o zaburzeniach psychicznych — psychiatria. Powszechnie zresztą za chorych psychicznie uważa się tylko chorych, będących w stanie szału i jawnie niebezpiecznych dla otoczenia. Taki stan dopiero budzi zainteresowanie szpitalem psychiatrycznym, bo trzeba tam koniecznie chorego umieścić. Jednakże stosunek do takiego szpitala jest na ogół nieufny, nieprzychylny, a nawet często wrogi, zarówno ze strony chorych, jak i ich rodzin. Niechęć i nieufność znajdują swoje uzasadnienie w historii rozwoju pomocy psychiatrycznej.

Pomijając zupełne niezrozumienie istoty zaburzeń psychicznych, jak to miało miejsce w średniowieczu, kiedy ludzi nienormalnych uważano za „opętanych przez diabła", czy za „czarownice" i palono wskutek ówczesnych przesądów na stosie, warunki, w jakich w wieku XVIII i XIX trzymano psychicznie chorych w klasztorach lub nielicznych „szpitalach psychiatrycznych" nie przypominały w niczym warunków szpitali innych specjalności, sprawiały raczej wrażenie więzień, gdzie chorych umieszczano i przetrzymywano przymusowo. Chorych tych wówczas uważano za nieuleczalnych, a stosowane środki nosiły znamiona średniowiecznych tortur. Ponurą reminiscencją podobnego ustosunkowania się do tych nieszczęśliwych chorych były rasistowskie metody eksterminacyjne, stosowane przez hitleryzm w Polsce w czasie okupacji wobec szpitali i zakładów psychiatrycznych. We wszystkich prawie szpitalach tego rodzaju chorych zgładzono przez zagazowanie, rozstrzał i piec krematoryjny. Personel szpitali padał także ofiarą tych metod. Z lekarzy-psychiatrów, których przed wojną było w Polsce 270, zostało zaledwie 90. Spalono też bardzo wiele budynków szpitalnych (230).

W MIARĘ POSTĘPU WIEDZY

Odbudowując po wojnie szpitale i odtwarzając organizację pomocy psychiatrycznej w Polsce wprowadzono szereg ulepszeń, unowocześnień i zaczęto stosować aktywne leczenie nowymi metodami. Zwiększyło to znacznie przelotność szpitali psychiatrycznych, na przykład chory w szpitalu w Tworkach w roku 1938 przebywał na kuracji przeciętnie 220 dni, zaś w roku

1949 —tylko 135 dni. Podobny stosunek widzimy i w innych szpitalach.

W miarę postępu wiedzy przekonano się, że choroby psychiczne nie są wcale tak beznadziejnie nieuleczalne, jak o tym sądzono poprzednio. Ludzie zaczynają się stopniowo wyzbywać swoich uprzedzeń do szpitali psychiatrycznych, zakłady zaś przestają nosić piętno więzienia.



Główna Poradnia Zdrowia Psychicznego, Warszawa, ul. Chełmska Nr 37

(Fot. Góralski P. I. H. P.)

Gdzieniegdzie powstają otwarte oddziały psychiatryczne. Wiadomo nam z historii psychiatrii, że otwarta opieka lekarska dla chorych psychicznie powstała we Francji w roku 1920. Inicjatorem i twórcą był dr T o u l o u s e, w Paryżu. Ten nowy rodzaj opieki polegał wówczas głównie na swobodnym przyjmowaniu chorych psychicznie, zgłaszających się dobrowolnie na oddział w celu poddania się leczeniu. Przyjęcia chorych nie uzależniano od świadectwa lekarskiego. Oddział „otwarty" przyjmował chorych dotkniętych stosunkowo lekkimi stanami psychotycznymi.

W 1922 roku w przytułku św. Anny (w Paryżu) powstał „wolny oddział profilaktyki psychicznej", który się wkrótce usamodzielnił pod względem administracyjnym i stał się „ośrodkiem profilaktyki psychicznej Departamentu Sekwany". W szpitalu tym chorzy nie są przetrzymywani wbrew ich woli, zaś chorzy niebezpieczni, wymagający specjalnego nadzoru, przyjmowani są na obserwację i — w razie potrzeby — przenoszeni do szpitala zamkniętego. Istnienie oddziału otwartego pozwala zrównać choroby psychiczne z chorobami innego rodzaju i — co jest bardzo ważne — walczyć skutecznie z zakorzenionymi przesądami, związanymi z chorobą psychiczną.

Poczynania dr Toulouse natrafiły zrazu na dużą opozycję, wyszły jednak obronną ręką z opresji i dały początek nowym oddziałom otwartym w innych szpitalach oraz oddziałowi neuropsychiatrii dziecięcej .

OPIEKA OTWARTA KWESTIĄ PALĄCĄ

Opieka otwarta w formie pozazakładowej istniała w wielu krajach. Najstarszy jej wzór, w belgijskiej mieścinie Ghell, powstał bardzo dawno, oficjalnie datuje się zaś od roku 1882. Jest to kolonia rolnicza. Chorzy rozmieszczani są za opłatą w rodzinach, dziś powiedzielibyśmy zastępczych, i pomagają tam w pracy domowej czy na polu, a zatem prowadzą r o d z i n n y tryb życia.

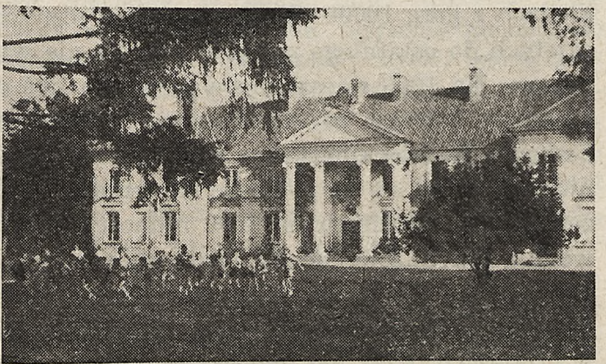
Ten rodzaj opieki, obejmujący ozdrowieńców wypisanych ze szpitala, znakomicie odciąża szpitale psychiatryczne i jest dobrodziejstwem dla chorych, dla których dłuższy pobyt w szpitalu staje się często szkodliwy. Widzimy taką opiekę rodzinną w wielu krajach.

W Polsce istniała opieka rodzinna przed wojną przy szpitalu w Choroszczy, gdzie obejmowała 4000 chorych, oraz na Wileńszczyźnie i w Poznańskim . Nie ostała się ona jednak wobec wojny i okupacji.

Wobec przepełnienia szpitali psychiatrycznych, sprawa opieki otwartej staje się u nas kwestią palącą.

W Związku Radzieckim przywiązuje się wielką wagę do otwartej pomocy psychiatrycznej i realizuje się ją w specjalnych ośrodkach — „dyspanserach", kierowanych przez rejonowych psychiatrów. Ośrodki te mają pod swoją opieką zarówno chorych, jak i zagrożonych chorobą psychiczną na terenie swojego rejonu (Moskwa, licząca co najmniej 5 milionów mieszkańców, podzielona jest na 25 rejonów). Wchodzą tu w grę chorzy z pogranicza psychiatrii, będący w początkowych stadiach choroby, którzy nigdy nie byli w szpitalach psychiatrycznych, jak również ozdrowieńcy po opuszczeniu szpitala. Cho-

rzy są zarejestrowani w rejonowym ambulatorium, tam się leczą i stamtąd otrzymują pomoc w urządzeniu sobie życia, znalezieniu lub zmianie pracy. W razie pogorszenia się stanu zdrowia rejonowy psychiatra kieruje chorego do szpitala. Do obowiązków rejonowego psychiatry należy także zapobieganie chorobom psychicznym (profilaktyka), drogą propagandy i opieki nad zakładami pracy.



Rybienko n. Bugiem. Zakład dla Dzieci Nerwicowych przy Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego

(Fot. Góralski P. I. H. P.)

Działalność „dyspanserów" rozszerza się i pogłębia mając na celu przywrócenie chorego do normalnego życia. Opieka otwarta, a więc ośrodki i ambulatoryjne leczenie psychicznie chorych, jest bez porównania tańcza od leczenia zamkniętego w szpitalu psychiatrycznym i ma tę jeszcze zaletę, że odciąża szpitale psychiatryczne i zapobiega odrywaniu chorego na dłuższy czas od życia. Oderwanie od zwykłego trybu życia musi wpłynąć ujemnie na dalsze losy chorego.

PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W Polsce przedwrześniowej obok nielicznych poradni, utrzymywanych przez instytucje filantropijne, powstały (około roku 1930) poradnie leczniczo-wychowawcze dla dzieci i młodzieży w Warszawie i niektórych miastach wojewódzkich, powołane do życia przez Instytut Higieny Psychicznej. Placówki te, zahamowane w swej działalności w czasie okupacji rozwinęły się znacznie po wojnie i objęły także chorych dorosłych, nieletnich przestępców, alkoholików oraz poradnictwo zawodowe i opiekę psychologiczną w szkołach.

Rozwój tych placówek charakteryzują następujące liczby obrazujące frekwencję:

r. 1947 — przyjęto ogółem	7000	chorych
„ 1948 — „ „	28000	„
„ 1949 — „ „	42000	„

Z dniem 1.I.1950 r., z rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia, działalność Instytutu Higieny Psychicznej przejęły Poradnie Zdrowia Psychicznego: Główna — w Warszawie i Centralne — w miastach wojewódzkich.

Przed Poradniami stoją bardzo rozległe i odpowiedzialne zadania:

„udzielanie pomocy leczniczej chorym i zagrożonym psychicznie oraz dotkniętym alkoholizmem bądź narkomanią"...

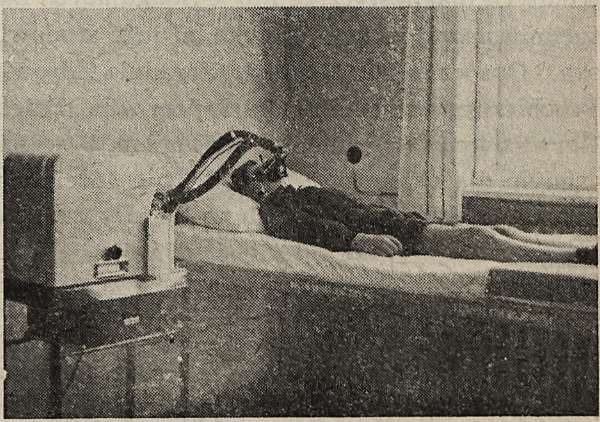
„zapobieganie chorobom psychicznym, a w szczególności poradnictwo z zakresu psychiatrii dziecięcej"...

„opieka pozazakładowa nad chorymi i zagrożonymi psychicznie oraz nad osobami wypisanymi ze szpitali psychiatrycznych, których ewidencję prowadzą poradnie",

„udzielanie porad zagrożonym psychicznie w ich trudnościach życiowych oraz w zakresie wyboru lub zmiany zawodu"...

„współpraca w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym ludności z właściwymi władzami, urzędami i instytucjami".

Główna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Warszawie ma za zadanie sprawowanie fachowego nadzoru nad „Centralnymi Wojewódzkimi Poradniami Zdrowia Psychicznego" oraz nad zakładami leczniczymi dla dzieci. Siedziba Głównej Poradni w Warszawie mieści się przy



Badanie podstawowej przemiany materii

(Fot. Góralski P. I. H. P.)

ulicy Chełmskiej 37. Tam, oprócz poradni dla dzieci, dla dorosłych i dla nałogowych alkoholików, znajduje się też oddział terapii zabiegowej i fizykalnej, gdzie m. in. chorzy przechodzą ambulatoryjne leczenie wstrząsowe (elektrowstrząsy i wstrząsy insulinowe).

Asystentki Społeczne, należące do Poradni, zbierają informacje o chorych w ich środowisku domowym oraz udzielają pomocy w trudnych sytuacjach.

Przy Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego znajduje się zakład obserwacyjny (Warszawa, ul. Dolna 42) dla dzieci psychotycznych, które kierowane są przez Poradnie w wypadkach trudnych diagnostycznie lub wymagających natychmiastowej izolacji dziecka od jego środowiska. Oprócz tego, Główna Poradnia Zdrowia Psychicznego zawiaduje Zakładem dla Dzieci Nerwicowych w Rybienku n. Bugiem, przeznaczonym dla chłopców i Zakładem w Józefowie, dla dzieci niedorozwiniętych na tle kiły wrodzonej.



Dzieci nerwicowe w zakładzie

(Fot. Góralski P. I. H. P.)

Liczba zakładów dla dzieci cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz zakładów dla dorosłych, odpowiednio dla różnego rodzaju schorzeń, jest ciągle niewystarczająca.

Otwarta pomoc dla psychicznie chorych ma rozległe perspektywy rozwoju, gdyż stanowi palącą potrzebę społeczną, która musi być zaspokojona.

WSPÓŁPRACA ZAKŁADÓW Z PORADNIAMI

Przed wojną były w Polsce 53 zakłady psychiatryczne z 17000 łóżek ,a leczyło się w nich 20000 chorych. W 1949 roku mieliśmy w 23 zakładach z górą 10000 łóżek psychiatrycznych, zajętych do ostatniego miejsca. Ilość ta nie wystarcza. Na 1000 mieszkańców powinno być co najmniej 1 łóżko psychiatryczne. Zarówno w Związku Radzieckim, jak i w krajach zachodnich wskazuje się na potrzebę istnienia 3—4 łóżek psychiatrycznych na 1000 ludności. U nas, według przybliżonej oceny, liczba chorych umysłowo waha się od 80—100.000. Mamy zatem o wiele więcej chorych poza szpitalami, niż w szpitalach. Fakt ten unaocznia dobitnie wagę i znaczenie opieki otwartej. Nie znaczy to, że chcemy nią zastąpić opiekę zamkniętą. Te 2 rodzaje opieki muszą się wzajemnie dopełniać. Są takie okresy chorobowe, w których choremu potrzebny jest właśnie zakład zamknięty i inne, gdy powinien go opuścić. T una pierwsze miejsce wysuwa się sprawa kontaktu i ścisłej współpracy opieki otwartej i zamkniętej.

Szpitale, robiąc plany na przyszłość są zainteresowane rezultatami leczenia, stąd ogromną wartość mają dla nich dane, zdobyte przez pozazakładową opiekę otwartą.

Na zakończenie trzeba podkreślić jeszcze doniosłość bliskiego kontaktu między opieką otwartą a Instytucją Ubezpieczeń Społecznych, która obejmuje całą ludność pracującą. Placówki Ubezpieczalni Społecznej, wobec braku lekarzy - psychiatrów, zatrudniają na ich miejsce neurologów, którzy przy wielkiej liczbie pacjentów nie mogą poddać chorych psychicznie dokładnemu badaniu. Widzimy więc, jak pożądaną wyrękę znajdą oni w Poradniach Zdrowia Psychicznego.

K. Kancewiczowa

PIELĘGNOWANIE W SZPITALACH DLA UMYSŁOWO-CHORYCH

UMIEJĘTNE zorganizowanie opieki nad chorymi w szpitalu psychiatrycznym ma szczególnie duże znaczenie. W żadnej innej dziedzinie lecznictwa nie występuje tak wyraźnie konieczność najbardziej ścisłej współpracy trzech ogniw personelu szpitalnego: wyższego, średniego i niższego (sanitariusze).

Od wzajemnego zrozumienia się, od uzgodnienia działania tych trzech ogniw uzależniony jest ostateczny wynik leczenia. Lekarz, pielęgniarka i sanitariusz wykonują wspólną i bardzo odpowiedzialną pracę.

Pielęgniarce przypada bardzo ważna rola przy organizowaniu, nowego dla chorych, życia zakładowego. Ona organizuje zespół personelu i wraz z nim nadaje ton życiu całego oddziału. Osiąga to taktownym, spokojnym i równym stosunkiem do chorych, stanowczością i pewnością postępowania, z którego całkowicie wyeliminowany jest pośpiech, gwałtowność i hałaśliwość.

Spokój i planowość postępowania

Atmosfera ciszy, spokoju, planowość i opracowanie systemu pielęgnacji ma ogromne znaczenie w leczeniu chorych. Na oddziale dla psychicznie chorych niedopuszczalne jest mówienie podniesionym głosem, prowadzenie rozmów na tematy niezwiązane z pracą, trzaskanie drzwiami, bieganie itp. Hałas, szum, pośpiech i krzątanina personelu niepokoi i męczy chorych.

Należy jednak wykluczyć także to, co się praktykuje przy pielęgnacji ciężko chorych w innych szpitalach, a mianowicie rozmowy prowadzone szeptem, chodzenie na palcach, porozumiewanie się przy pomocy gestów. Te metody zachowania ciszy mogą być źle rozumiane przez chorych: rozmowę szeptem chorzy mogą tłomaczyć „knowaniem spisku" przeciwko nim, chodzenie na palcach uważać mogą za chęć zaskoczenia i zrobienia im krzywdy itp.

W zakładzie dla psychicznie chorych cały personel, a zwłaszcza pielęgniarki, muszą zastanawiać się nad każdym swoim krokiem, nad każdym słowem, aby nie popełnić błędu i nie zaszkodzić choremu. Pielęgniarkę w szpitalu dla psychicznie chorych powinna, bardziej niż gdzieindziej, cechować cierpliwość, samoopanowanie, ostrożność, zdolność zastanawiania się, troskliwość, aczkolwiek bez familiarności i sentymentalności.

Uczucie lęku i walka z nim

Niedoświadczonym pielęgniarkom zdarza się, że bezpośrednie zetknięcie się z ciężkim przypadkiem choroby umysłowej, wywołuje w nich często uczucie lęku. Lęk ten może być podświadomy, może zjawić się bez żadnych ku temu powodów i uzasadnień. Najczęściej uczucie to powstaje na skutek zetknięcia się z chorymi, którzy w stanie afektu lub psychicznego podniecenia krzyczą, grożą, są agresywni i zaczepni w stosunku do innych chorych i personelu. Personel szpitala powinien zwalczyć w sobie uczucie strachu, umysłowo chory zawsze je bowiem odczuje. Okazanie strachu przez kogoś z personelu podrywa jego autorytet wśród chorych. Obawę przed nimi chorzy odczuwają jako obrazę, czasem wywołuje to w nich złość, a czasem świadomość swej siły i przewagi nad personelem szpitala. Nawet podczas istotnie niebezpiecznych momentów — śmiałe, rozumne i spokojne podejście pielęgniarki do chorego, znajdującego się w stanie podniecenia, daje bardzo dobre wyniki.

Zdarza się, że doświadczona pielęgniarka, zbliżając się do chorego będącego w ataku szału i obezwładnionego przez sanitariuszy, uspakaja go bardzo prostym sposobem — mianowicie prosi sanitariuszy, aby odeszli i zostawili chorego w spokoju. Chory, w tym wypadku, uważa pielęgniarkę za obrońcę i wybawiciela.

Taki sposób uspokajania nie zawsze jest jednak skuteczny. Dla tego też w lecznicy psychiatrycznej muszą być stosowane i metody obezwładniania siłą chorych, znajdujących się w silnym ataku podniecenia, przejawiających chęć zaszkodzenia sobie lub innym lub chęć ucieczki. Pamiętać jednak należy, że nieprawidłowe obezwładnienie, nieznajomość właściwych chwytów pociąga za sobą szkodliwe skutki dla chorego, przysparza mu bólu, który jednocześnie zwiększa jego stan podniecenia. Jak z tego wynika, pielęgniarka powinna dobrze znać prawidłowe sposoby obezwładniania chorego i dbać o to, aby podległa jej pomoc sanitarna bezwzględnie je stosowała.

Podawanie leków i pokarmu

Na duże trudności napotyka rozdawanie lekarstw umysłowo-chorym. Chorzy niejednokrotnie odmawiają przyjmowania lekarstw z urojonych powodów — z obawy, że będą otruci, w związku z halucynacjami (gdy głosy słyszane przez nich

zabraniają im przyjmowania lekarstw), albo gdy nie chcą się leczyć lub wreszcie poprostu przez chorobliwy upór. W tych wypadkach pielęgniarka stosuje metodę namawiania, próśb, przekonywania. Dużą rolę odgrywa tu stopień zaufania, jakim pielęgniarka cieszy się u chorego.

Bardzo duże znaczenie w szpitalu dla umysłowo-chorych ma także systematyczne pilnowanie odżywiania i karmienia chorych. Prawie we wszystkich rodzajach chorób psychicznych obserwuje się niechęć do przyjmowania pokarmów; chory zjada i wypija tylko część tego, co mu się podaje, albo też wogóle odmawia przyjmowania pokarmów i napojów. Pielęgniarka powinna znać powody postępowania chorego, w zależności od charakteru odmowy, stosuje ona różne sposoby oddziaływania, jednak prawie we wszystkich wypadkach przy wytrwałości i cierpliwości, znając specjalne metody postępowania, zawsze można chorego nakarmić.

Pielęgniarka jest organizatorem życia chorych. Musi wciągać chorych do czynnej pracy, pilnować, aby chorzy regularnie odbywali spacery, organizować rozrywki, przeprowadzać imprezy kulturalne (czytanie gazet, książek, gry, śpiewy, tańce).

Tę różnorodną pracę pielęgniarki i niższego personelu powinien cechować troskliwy i uważny stosunek do chorego. Pielęgniarka na oddziale umysłowo-chorych powinna stale pamiętać, że jedno obojętne lub niechętne spojrzenie, oschłość, niedbały ruch, przypadkowo rzucone zdanie przy chorym o jego stanie zdrowia — wszystko to jest podchwytywane i komentowane przez chorych i często bywa przyjmowane jako świadectwo beznadziejnego stanu ich zdrowia.

Dla chorego pielęgniarka powinna stać się człowiekiem, któremu chory głęboko wierzy i w ręce którego z całym spokojem oddaje swą chorą psychikę.

Oprac. B. S.

W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM DLA DZIECI

Praca pielęgniarki w psychiatrycznym szpitalu dla dzieci znacznie się różni od pracy w innych zakładach leczniczych. Lekarz, pedagog i średni personel służby zdrowia muszą ze sobą ściśle współpracować. Lekarz ze swego punktu widzenia udziela wskazówek pedagogowi czy i w jakim stopniu chore dziecko może zajmować się nauką, wyznacza odpowiedni zakres tej nauki, a czasem i jej charakter. Pedagog z kolei informuje lekarza o postępach dziecka w nauce, o jego zainteresowaniu, o jego aktywności, o tym jak prędko się męczy, jak się zachowuje podczas lekcji, o tym wreszcie jak się układają jego stosunki z towarzyszami.

Średni personel służby zdrowia wypełnia zlecenia zarówno lekarza, jak i pedagoga i główną uwagę zwraca na zajęcia pozaszkolne, a więc na wychowanie fizyczne, zespołowe czytanie gazet i książek, czuwa nad odrabianiem lekcji, nad przestrzeganiem regulaminu szpitalnego, wreszcie przyzwyczaja dzieci do reguł higieniczno-sanitarnych.

Jak widzimy praca pielęgniarki jest bardzo różnorodna i nie wystarcza jej samo przygotowanie fachowe, potrzeba czegoś więcej — wyrobienia kulturalnego i społecznego. Słuszne wynagrodzenie za te zwiększone wymagania stanowią ostateczne wyniki wspólnej pracy pedagogicznej i wychowawczej. Po ukończeniu kuracji rodzice zobaczą, że dziecko nie tylko się wyleczyło w szpitalu, lecz i wychowało.

Izolacja dzieci

Dziecinne szpitale psychiatryczne są, jak dotąd, zjawiskiem stosunkowo rzadkim w Związku Radzieckim. Zorganizowaniu większej liczby takich szpitali przeszkodził najazd niemiecko-faszystowskich zaborców, którzy zresztą z nieprawdopodobnym bestialstwem znęcali się nad psychicznie chorymi.

Każdy lekarz psychiatra coraz bardziej uznaje konieczność wyosobnienia oddziałów dziecięcych, potrzebę umieszczania dzieci w osobnych budynkach — całkowitego odizolowania od oddziałów dla dorosłych. W takich szpitalach możnaby prowadzić leczenie specjalnymi metodami, wśród których wychowywanie stałoby się potężnym czynnikiem leczniczym.

Oddział dziecięcy przy szpitalu dla umysłowo chorych im. Raszczenki w Moskwie odpowiada tym wszystkim wymaganiom. Odległość od szpitala dla dorosłych wynosi mniej więcej pół kilometra. Umieszczono tam dzieci od lat 7 — 16, cierpiące na rozmaite choroby psychiczne i nerwowe. W związku z tym szpital dla dzieci podzielono na oddziały dla ciężko chorych, dla przypadków lżejszych i sanatoryjnych. Chłopcy i dziew-

częta mieszkają w innych blokach, przy tym tylko na oddziałach przypadków mniej ciężkich i sanatoryjnych uwzględnia się różnice wieku.

Oderwanie od zwykłego, rodzinnego i szkolnego środowiska, niemożność komunikowania się z normalnymi, zdrowymi dziećmi — to wszystko jest źródłem cierpienia dla dziecka chorego psychicznie.

Leczenie pracą

Z omówionego powyżej systemu kuracji wynika, że należy postępować tak, aby sam charakter tej metody umniejszał te cierpienia. Kuracja w dziecięcym szpitalu psychiatrycznym polega nie tylko na terapii, lecz i na całym szeregu zarządzeń, których podstawowym momentem są metody leczniczo - wychowawcze i terapia pracą.

Życie dziecka w szpitalu ujęte jest w ściśle określony i konsekwentnie przestrzegany tryb dnia, poczynając od porannego wstawania aż do chwili, gdy wieczorem dziecko idzie spać. Dzieci uczą się dyscypliny, przyzwyczajają się do określonego trybu życia, co wyrabia w nich orientację w czasie i umiejętność rozporządzania nim.

Zajęcia z nauczycielem wypełniają godziny poranne, aż do obiadu. Na oddziałach przypadków lżejszych i sanatoryjnych nauczyciele prowadzą naukę zgodnie z ogólnym programem szkolnym tak, aby po zakończeniu kuracji dziecko mogło wrócić do tej samej klasy, w jakiej było przed chorobą. Oderwanie od szkoły, obawa, że pozostanie za swoją klasą w tyle niepokoi dziecko, a to oczywiście znacznie utrudnia kurację. Z tego też powodu w ostatnich latach zwrócono baczniejszą uwagę na nauczanie i w związku z tym dzieci odrabiają również lekcje w godzinach popołudniowych. Zrozumiałe jest, że na oddziałach przypadków cięższych tryb zajęć musi być bardzo indywidualizowany.

Wychowanie

Duże znaczenie przypisuje się pozaszkolnej pracy wychowawczej, będącej bezpośrednim udziałem średniego personelu służby zdrowia. Dlatego też temu zagadnieniu należy poświęcić specjalną uwagę.

W godzinach popołudniowych chorzy pozostają pod opieką dyżurujących pielęgniarek. Praca pielęgniarek nabiera wtedy specjalnych wartości, gdyż obok głównego zadania, to jest zapewnienia dzieciom wypoczynku, należy umiejętnie wypełnić czas zajmującą treścią. Dzieci zgodnie z regulaminem w godzinach popołudniowych spacerują, bawią się na świeżym powietrzu, odrabiają lekcje, czytają pisma i książki, grają w warcaby, szachy itp.

Pielęgniarce nie wolno poprzestać na roli obserwatora. Jej obowiązkiem jest zorganizować dzieciom spacer i gry, brać w nich samej udział, łagodzić konflikty między dziećmi, uczyć je prawidłowo mówić.

Bardzo ważne jest odrabianie lekcji, zresztą dzieci same przywiązują do tego zajęcia dużą wagę, dlatego też powinno być szczególnie dobrze zorganizowane. W odpowiednim czasie trzeba dzieci zebrać, dać im podręczniki, zarządzić ciszę, młodszym dopomóc — wszystko to należy do obowiązków pielęgniarki.

Po odrobieniu lekcji pozostaje jeszcze kilka godzin do kolacji i nocnego spoczynku. Zainteresowania dzieci są bardzo różnorodne. Trzeba starszym dzieciom podać wiadomości z gazet, opowiedzieć o ważniejszych wydarzeniach w kraju i za granicą, obudzić ich ciekawość. Trzeba umieć zwrócić uwagę dzieci na pożyteczną, dobrą książkę i zachęcić je do czytania. Nawet gry (warcaby, szachy itp.) należy organizować biorąc pod uwagę indywidualne zainteresowania każdego dziecka. Jednocześnie należy wpajać w nie obowiązek szanowania książek i innych przedmiotów, z których korzystają.

Atmosfera szpitalna

Dziecko w szpitalu nie powinno odczuwać braku osób bliskich, kochających. Właśnie pielęgniarka może stworzyć chorym dzieciom klimat rodzinny i otoczyć je taką opieką, któraby wnikała w świat potrzeb i odczuć dziecięcych. Pielęgniarka troszczy się by dziecko jadło, by myło ręce przed jedzeniem i w ogóle by się myło i czyściło zęby. W nocy trzeba dziecko przykryć, uspokoić jeśli się boi, posiedzieć cierpliwie przy łóżku, ukoić, obudzić na czas takie dziecko, które się we śnie moczy. Rano dzieci powinny się gimnastykować i zająć czymś, by wypełnić czas do przyjścia nauczyciela. To sprawa pielęgniarki. Poranne zajęcia trzeba przemyśleć, by nie były nudne, żeby budziły w dzieciach zainteresowanie i — rzecz ważna — aby wszystkie dzieci bez wyjątku brały w nich udział.

Nie będziemy omawiać bliżej tych obowiązków pielęgniarki, które polegają na wypełnianiu zleceń lekarskich, bo wszędzie są mniej więcej podobne.

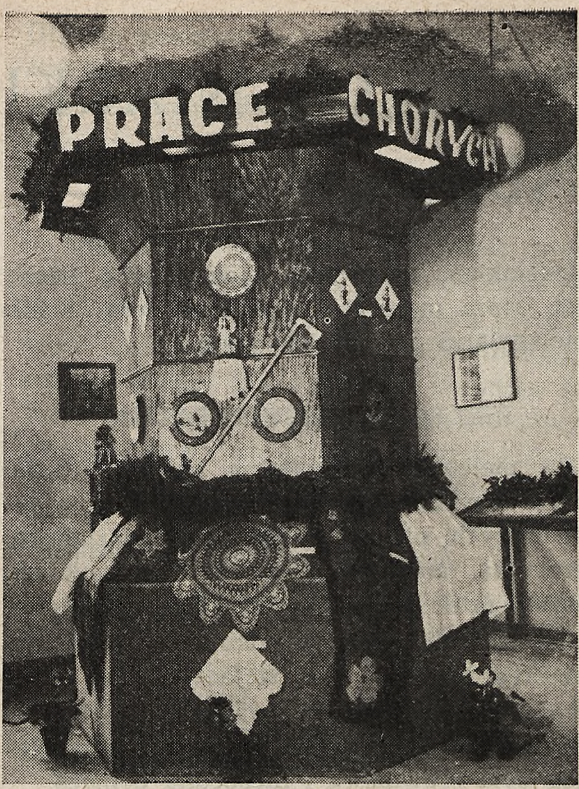
Doświadczenie oddziału dziecięcego w szpitalu psychiatrycznym im Raszczenki dowodzi jak ważnym dla kuracji dziecka chorego umysłowo jest właściwe podejście leczniczo-wychowawcze. Dzięki temu nie ma wśród dzieci prawie wcale usiłowań ucieczki, przeciwnie, dzieci są zadowolone, czemu dają szczególny wyraz po ukończeniu kuracji i wyjściu ze szpitala.

Opracował W. L.



ZWIĄZEK ZAWODOWY PRAC. SŁ. ZDROWIA NA TERENIE SZPITALI DLA PSYCHICZNIE CHORYCH: W TWORKACH I W KOBIERZYNIE ZORGANIZOWAŁ WYSTAWĘ „WSPÓŁZAWODNICTWO PRACY".

(Foto. WAF)





ARTYSTYCZNE PRACE PSYCHICZNIE CHORYCH ZE SZPITALA W KOBIERZYNIE

(Foto. WAF)





ORGANIZACJA PRACY PIELĘGNIARKI SZPITALNEJ

RACJONALNA organizacja szpitalnej pracy pielęgniarskiej w zakresie opieki nad chorym to równomierny rozdział obowiązków i kompetencji wśród członków całego zespołu, aby wykonać pracę w czasie możliwie jak najkrótszym, odpowiednio do trwania dyżuru.

Instrukcje, regulaminy ,rozkłady i podział pracy wywieszone na poszczególnych oddziałach szpitala mają na celu szybkie orientowanie pracowników co do ich obowiązków, zaś ujednostajnienie pracy w poszczególnych działach całego szpitala umożliwia w razie potrzeby przesuwanie pracowników z jednego oddziału na inny nie powodując dezorganizacji.

UKŁAD HIERARCHICZNY SZPITALA

Organizacja personelu oddziałowego, tak pielęgniarskiego, jak i salowego ma ustaloną budowę hierarchiczną. Na jej czele stoi **przełożona pielęgniarek**, której służbowo podlegają wszystkie pielęgniarki, położne i salowe. Przełożona jest odpowiedzialna za ich pracę, kieruje nią i nadzoruje. Przełożona ma prawa i obowiązki kierownika jednego odcinka w całej organizacji szpitalnej, jest wykonawcą zleceń dyrektora szpitala i podlega bezpośrednio wyłącznie dyrektorowi szpitala.

Drugi stopień w hierarchii organizacji szpitalnej stanowią **pielęgniarki oddziałowe**, kierujące pracą na oddziałach i za nią odpowiedzialne.

Trzeci stopień — to **pielęgniarki odcinkowe** na poszczególnych oddziałach. Do pielęgniarek odcinkowych przydzielone są salowe.

Etatowa obsada pielęgniarek musi być zawsze zachowana, to znaczy na miejsce urlopowanych, chorych lub z jakiegokolwiek powodu nieobecnych muszą być kierowane dodatkowe siły zastępcze.

ODCINKI

W ramach poszczególnych oddziałów istnieją tzw. odcinki, których ilość zależy od liczby łóżek na danym oddziale.

Odcinkiem nazywamy maksymalną liczbę łóżek, która może być obsłużona przez 1 lub 2 pielęgniarki podczas ich dyżuru.

PIELĘGNIARKA SZPITALNA

Za pielęgniarkę szpitalną należy uważać przede wszystkim pielęgniarkę dyżurną na salach chorych, nie zaś pielęgniarkę oddziałową, operacyjną, ambulatoryjną czy opatrunkową, których dział pracy jest wyraźnie określony. Chodzi tu o pielęgniarkę odcinkową, która ma bezpośrednią pieczę nad pacjentami. Jej praca powinna być tak zorganizowana, by mogła otoczyć chorego jak najlepszą opieką i aby dla lekarza była prawdziwą i niezbędną pomocą.

8-GODZINNY DYŻUR NA TRZY ZMIANY

Jest rzeczą oczywistą, że najwydatniej na dłuższą metę pracuje człowiek nieprzemęczony. Sprawa dyżurów, jako zasadnicza, wysuwa się na pierwszy plan. Ponieważ sprawa ta, jako zbyt ważna będzie oddzielnie omawiana szczegółowo, zaznaczam, że najodpowiedniejszym dla wydajności pracy jest schemat dyżurów, opierający się na trzech zmianach 8-godzinnych. W takim układzie dyżurów pielęgniarka pracuje 48 godzin tygodniowo, licząc 6 dni po 8 godzin pracy. Utrzymanie 48-godzinnego tygodnia pracy z zachowaniem jednego dnia wolnego w tygodniu (co przysługuje każdej pielęgniarce) możliwe jest tylko wtedy, gdy dyżury nocne trwają przez 6 nocy z rzędu. Przed rozpoczęciem dyżurów nocnych pielęgniarka ma 32 godziny wolne, po ukończeniu zaś dyżurów — 56 wolnych godzin, ponieważ po dyżurach nocnych i po wolnym dniu pielęgniarka przechodzi bezwzględnie na dyżur popołudniowy (Ustawa Inspektoratu Pracy z dn. 5.V.1948 r.).

POSZCZEGÓLNE DZIAŁY PRACY

Ażeby praca pielęgniarki stała na odpowiednim poziomie, każda pielęgniarka ma dokładnie określony dział pracy i za niego odpowiada.

Dlatego powinna na swoim odcinku pracować zupełnie samodzielnie, wtedy bowiem sprawa odpowiedzialności rozwiązuje się automatycznie.

PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWE

Oddziały liczące ponad 30 łóżek powinny mieć — poza dyżurnymi pielęgniarkami odcinkowymi — pielęgniarkę oddziałową, która sprawuje kierownictwo i nadzór administracji oddziału. Wiemy jak bardzo to utrudnia pracę, jeżeli dział gospodarczy wtłacza się w ramy odcinkowej pracy pielęgniarskiej przy łóżku chorego i jeśli dział gospodarczy rozdziela się pomiędzy pielęgniarki dyżurne. Odrywa to od bezpośredniej pracy przy chorych.

Pielęgniarka oddziałowa czuwa nad administracją oddziału, wyżywieniem, apteką, bielizną, inwentarzem ,sama musi kierować wszystkim, by nie rozkładać odpowiedzialności na kilka osób. Pracę pielęgniarki oddziałowej regulują odpowiednie instrukcje.

Dla ułatwienia pracy każdy oddział powinien oznaczyć wszystkie należące do niego przedmioty jednym kolorem, (innym dla każdego oddziału). Uniknie się przez to gubienia, wypożyczania i przenoszenia z oddziału na oddział różnych przedmiotów, kubków, talerzy, tacek itp.

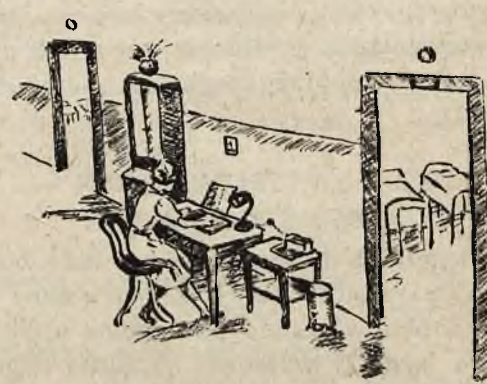
NIE MA STARSZYCH I MŁODSZYCH — WSZYSTKIE RÓWNE

Absolwentki szkół pielęgniarstwa przyzwyczajone podczas szkolenia do różnego trybu pracy szpitalnej uważają nieraz za potrzebne dzielić podczas jednego dyżuru pracę pielęgniarską pomiędzy tzw. starszą i młodszą pomocnicę. Tak na przykład jedna mierzy temperaturę, druga robi toaletę, inna rozdaje leki, inna znów przygotowuje zabiegi itp. Podczas samodzielnej pracy szpitalnej przekonują się one, że o wiele lepiej jest dla chorych, jeśli każda pielęgniarka pracuje **samodzielnie.** System starszych i młodszych powinien pozostać tylko na odcinku szkolenia.

SYSTEM TZW. PUNKTÓW PIELĘGNIARSKICH

Punkt czyli odcinek pielęgniarski liczy 20 — 30 łóżek szpitalnych, nad którym pieczę ma jedna pielęgniarka rano i popołudniu oraz w nocy pielęgniarka dyżurna. Pielęgniarki odcinkowe są wprawdzie podporządkowane pielęgniarkom oddziałowym, jednak na swoim punkcie prowadzą zupełnie samodzielne gospodarstwo.

Przy korytarzowym rozkładzie oddziałów należy umieszczać punkty na korytarzu i to w pobliżu sal chorych, na których dane pielęgniarki pracują, nie zaś w oddzielnym pokoju ani też na salach chorych.



WYPOSAŻENIE PUNKTU

Każdy punkt pielęgniarski powinien posiadać szafę do lekarstw i narzędzi potrzebnych pielęgniarce w jej pracy, krzesło i biurko. Biurko służy wyłącznie pielęgniarce i nie może być zajmowane nawet chwilowo przez nikogo, nawet przez lekarza. Punkt jest miejscem dyżurnej pielęgniarki odcinkowej, gdzie pisze raporty, rozkłada lekarstwa, przygotowuje zabiegi, gotuje strzykawki itd.

Niektórzy uważają, że pozostawienie pielęgniarki dyżurnej na korytarzu uwłacza jej i sądzą, że powinna ona pracować w tzw. dyżurce lub pokoju przygotowawczym. Pokój zabiegowy, względnie sala opatrunkowa są oczywiście niezbędne na większych oddziałach mają jednak swoje określone przeznaczenie.

Na wyposażenie punktu składają się potrzebne pielęgniarce przybory:

5 strzykawek (20.0, 10.0, 5.0, 2.0, 1.0); strzykawki należy przechowywać w specjalnym naczyniu szklanym z metalową przykrywką, (przed każdym użyciem strzykawki, należy ją wygotować!); jeżeli oddział ma dużo ciężko chorych, ilość strzykawek musi być odpowiednio większa;

termometrów tyle, by na 2 chorych przypadał jeden, albo jeszcze lepiej 1 termometr na 1 chorego. Termometry należy przechowywać w słojach z rozczynem sublimatu.

Każdy oddział ma swoją podręczną aptekę. W miarę potrzeby pielęgniarka oddziałowa roz-

dziela leki na odcinki. Buteleczki z lekarstwami i słoiki muszą być oznaczone kolorem danego oddziału, z wyszczególnieniem zawartości i numeru odcinka. Podobnie oznaczyć należy puszki ze sterylizowanym materiałem i narzędzia. Proszki muszą być przechowywane w słoikach hermetycznie zamykanych.

Odcinki wyposażone możliwie jak najlepiej stanowią znakomite ułatwienie w pracy, ponieważ pielęgniarka, posiadając potrzebne narzędzia, jest w swej pracy niezależna od innych koleżanek.

DYŻURKA PIELĘGNIAREK — RZECZ NIEWŁAŚCIWA

Pielęgniarka dyżurna musi być stale widoczna, dla wszystkich łatwo dostępna, a sama musi mieć na oku wszystkie powierzone sobie sale chorych (sygnały świetlne). Dyżurka odgranicza pielęgniarkę od pacjentów, przerywa się konieczny kontakt i trzeba wysokiego poczucia obowiązku, by dyżurka była naprawę miejscem pracy, a nie pół prywatnym pokojem (towarzystwo innych pielęgniarek, rozmowy, papierosy, herbata).



POKÓJ - MAGAZYN PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

Jedynie kierowniczka oddziału, pielęgniarka oddziałowa, powinna mieć swój pokój, gdzie mieści się najczęściej podręczna apteka i magazyn bielizny oddziałowej. Tu odbywać się muszą raporty przy zmianach dyżurów, odprawy z personelem itp.

ZWIĄZANIE PIELĘGNIARKI Z PUNKTEM

jest rzeczą ważną i powinno być uwzględnione w rozkładzie pracy. Pielęgniarka odcinkowa lepiej poznaje chorych i współpracuje stale z tym samym lekarzem. Tylko w czasie dyżurów nocnych i w dni wolne zastępuje ją pielęgniarka „lotna".

Jeżeli pielęgniarka pracuje na punkcie sama przyzwyczaja się do samodzielności i odpowiedzialności. Wie, że nikt za nią nic nie zrobi, że za wszystko sama na dyżurze odpowiada. Sama też najlepiej dba o swoje odcinkowe „gospodarstwo" i o swój inwentarz.

KONIECZNOŚĆ RAPORTÓW PISEMNYCH I USTNYCH

Aby ten system pracy, rozwijający samodzielność i inicjatywę oddolną, dawal dobre wyniki, pielęgniarki schodząc z dyżuru muszą dla swojej następnej zmiany pisać szczegółowe raporty o stanie chorych. Dla absolwentek szkół pielęgniarstwa jest to rzecz znana, podstawowa, jednak w szpitalu gdzie brak jest sił wykwalifikowanych trzeba koniecznie wprowadzić system raportów ustnych i pisemnych dla stworzenia ciągłości pracy pielęgniarskiej. Raport pisemny stanowi nieraz jedyny dowód zlecenia i wykonania zabiegów. Zapobiegnie to w przyszłości zbieraniu u koleżanek wiadomości co ma być na oddziale zrobione, lub dowiadywaniu się o tym — co gorzej — bezpośrednio od chorych.

Od pielęgniarki odcinkowej trzeba wymagać sprawozdań, świadczących o dobrej i dokładnej obserwacji chorych, tym więcej gdy nie ciążą na niej czynności administracyjne (schodzenie do kuchni, pralni, kancelarii itp.) i specjalne, jak opatrunki i poważniejsze zabiegi, które na większych oddziałach wykonuje specjalna siła pielęgniarska lub felczerska.

ODDZIAŁOWE KSIĄŻKI ZLECEŃ LEKARSKICH

Obok raportów, powinny na każdym oddziale istnieć „oddziałowe książki zleceń lekarskich". W książce tej, w odpowiedniej rubryce pielęgniarka oddziałowa odnotowuje każde zlecenie dotyczące chorego, zarówno zabiegi, jak i leki, dokładną dawkę, godzinę itp. Wykonanie zabiegu trzeba również tu odnotować. Przy każdym zleceniu musi być nazwisko lekarza ordynującego.

ODCINKOWE KSIĄŻKI WYKONANYCH ZABIEGÓW

Służą do ułatwienia i kontroli pracy pielęgniarskiej. Książka taka zawiera następujące rubryki: data, numer sali, nazwisko chorego, rodzaj zabiegu i czas jego wykonania, oraz podpis pielęgniarki. Książkę tę prowadzi pielęgniarka odcinkowa.

Książka zabiegów pielęgniarskich nie obejmuje zleconych leków. Do tego celu służy:

KSIĄŻKA PODAWANYCH LEKÓW

Tu znajdziemy datę, numer sali, imię i nazwisko chorego, dawkę i nazwę leku oraz dokładną godzinę podawania.

Pielęgniarki nocne wpisują do tej książki — z książki zleceń lekarskich — leki, będące tylko zleceniem stałym i w ten sposób przygotowują te książki dla koleżanek pracujących na dyżurach dziennych.

TECHNIKA ROZDAWANIA LEKÓW

Podręczna apteczka mieści się, jak wspominałam, w szafce, na każdym punkcie. Szafka musi być zawsze z a m k n i ę t a n a k l u c z. Klucz należy przechowywać na właściwym miejscu.

Na pół godziny przed rozdaniem lekarstw, pielęgniarka, posługując się „książką podawanych leków", rozkłada na tacy karteczki z nazwiskiem chorego, numerem sali, nazwą leku, dawką i godziną. Leki — przygotowane w kieliszkach — stoją na omówionych karteczkach, aby leków nie pomylić, a obok nich na tacy stoi dzbanuszek z przegotowaną wodą do popicia lekarstw. Rozdając leki, pielęgniarka m u s i pamiętać o tym, by chory spożył lekarstwo w j e j o b e c n o ś c i. Nie wolno zostawiać leku koło chorego i odejść (Instrukcja dla pielęgniarek odcinkowych).

ŻĄDANIE ZLECEŃ USTNYCH

od lekarza jest słuszne. Odczytywanie w książce nieczytelnych nieraz zleceń, lub wyszukiwanie ich na kartach gorączkowych powoduje czasem niewykonanie zlecenia. Pielęgniarki powinny upominać się u lekarzy prócz zleceń pisemnych, także o zlecenia ustne i natychmiast je notować.

ZMIANA DYŻURU

Przy każdej zmianie dyżuru, obie pielęgniarki, ustępująca i przyjmująca dyżur obchodzą sale chorych.

Mogłoby się wydawać, że przy systemie raportów pisemnych i ustnych jest to niecelowe, a jednak zobaczenie sali chorych na własne oczy powoduje często dodatkowe zapytania, przypomina o rzeczach, które uszły przedtem uwagi i jednocześnie upewnia chorych, iż następna pielęgniarka jest dobrze poinformowana, budzi zaufanie chorego i wpływa na jego spokój psychiczny.

GŁOŚNE RAPORTY

zapoznają pielęgniarki z innych odcinków z chorymi całego oddziału i w razie potrzeby umożliwiają chwilowe zastępstwo.

Pielęgniarka dyżurna na odcinku odczytuje napisany przez siebie raport zawsze w obecności pielęgniarki oddziałowej (wyjątek stanowi zmiana popołudniowa przekazująca swój dyżur pielęgniarce nocnej, kiedy już oddziałowej nie ma) i innych pielęgniarek z danego oddziału.

RAPORTY SĄ STAŁYM DOSZKALANIEM

personelu pielęgniarskiego. W czasie raportu, pielęgniarka oddziałowa mając przed sobą 2 zmiany pielęgniarek (ustępujące i przejmujące dyżur) może je pouczyć, wygłosić krótki wykład np. w związku z rozpoznaniem jakiejś choroby, stosowaniem nowych środków, nowymi sposobami pielęgnowania ciężko chorych itp.

REGULAMIN PRACY ODPOWIEDNI DO PORY DYŻURU

Pielęgniarka odcinkowa powinna posiadać opracowany przez pielęgniarkę oddziałową i uzgodniony z przełożoną pielęgniarek dokładny rozkład pracy rannej, popołudniowej i nocnej, aby praca ta mogła iść „jak w zegarku" — w oznaczonej porze, a nie bezładnie, na własną rękę.

PRACA PIELĘGNIARKI NOCNEJ

powinna być ujęta w oddzielny regulamin. Byłoby pożądane wprowadzenie dla niej osobnego punktu pielęgniarskiego. Powinna ona

mieć fotel na korytarzu, aby wygodnie dyżurować i mieć na oku cały oddział, a równocześnie, by... nie spać w dyżurce.

Pisząc swe raporty i wydając leki, pielęgniarka nocna musi uwzględniać podział na odcinki. Raporty pisze czerwonym atramentem w odróżnieniu od pielęgniarek rannych i popołudniowych.

SALOWE NA ODCINKU — LEPSZE WYROBIENIE FACHOWE

Do każdego odcinka powinna być przydzielona salowa, której obowiązkiem jest utrzymywanie odcinka i przyległych pomieszczeń w czystości. Dobrze jest, gdy salowa pracuje stale z jedną pielęgniarką, równolegle z jej dyżurami. Prowadzi to do podniesienia kwalifikacji salowych, odpowiedniego wyrobienia w pracy, przyuczenia się właściwego sposobu pomagania danej pielęgniarce, np. przy podnoszeniu chorego, przy toalecie itp. Zarówno salowe pragną pracować ze „swoją pielęgniarką“, której wymagania i metody pracy poznały, jak i pielęgniarka często dotkliwie odczuwa brak „swojej prawej ręki“. W takim układzie rola salowej nie kończy się na sprzątaniu, bo potrafi ona także, gdy zajdzie po temu potrzeba, wyręczyć przeciążoną pracą pielęgniarkę w niektórych czynnościach.

DALSZE DODATNIE STRONY ODCINKÓW

Tak jak pielęgniarka oddziałowa jest odpowiedzialna za cały oddział, pielęgniarka odcinkowa, dyżurując na swoim punkcie, odpowiada za wszystko, co się dzieje na jej odcinku w czasie dyżuru. Chorzy i lekarze przyzwyczajają się do pielęgniarek odcinkowych i — po jakimś czasie — bardzo niechętnie widzą wszelkie zmiany. Jeśli z jakiegoś odcinka stale napływają skargi, łatwo jest w takim systemie skontrolować kto winien i zło usunąć.

ODCINKI, JAKO POLE DLA WSPÓŁZAWODNICTWA PRACY

Istnienie kilku punktów pielęgniarskich na oddziale stwarza wspaniały teren do współzawodnictwa: w czystości sal, w zaopatrzeniu, w utrzymaniu szafek, w estetycznym prowadzeniu raportów itp. Jednakże nie można pozwalać na zbyt daleko idące zmiany, ponieważ oddział w całości szpitala, a odcinek z kolei na poszczególnym oddziale muszą podporządkować się pewnym ustalonym ramom, nadającym charakter całości.

Pielęgniarka, mając ściśle określoną pracę, sale i chorych, pozostawiona własnej inicjatywie pod ogólnym nadzorem pielęgniarki oddziałowej i przełożonej — pracuje chętnie i osiąga wiele zadowolenia ze swej samodzielnej pracy.

Nika Lisowska.

RACHELA HUTNER
Wicedyr. Szkoły Instr. Pielęgniarstwa

PIELĘGNIARSTWO DOMOWE

W okresie, kiedy służba zdrowia stawia sobie za cel jak najściślejsze powiązanie profilaktyki z lecznictwem, pielęgniarstwo również powinno szukać i rozpowszechniać takie formy swojej pracy, któreby najbardziej ucieleśniały powyższą zasadę. Dlatego też w chwili obecnej zagadnienie pielęgniarstwa domowego staje się bardziej aktualne niż kiedykolwiek.

Pielęgniarstwo domowe jest gałęzią otwartej służby zdrowia i zapewnia obywatelowi możność korzystania z usług pielęgniarki w swoim własnym domu. W odróżnieniu od pielęgniarstwa „prywatnego“, pielęgniarstwo domowe stawia sobie za cel przejęcie tylko tych czynności pielęgniarskich, które nie mogą być wykonane przez otoczenie chorego, nie polega więc na dyżurowaniu przy chorym, ani na

spełnianiu usług zależnych od „widzi mi się“ płacącej rodziny.

RYS HISTORYCZNY

Pielęgniarstwo domowe było najdawniejszą formą służby zdrowia, było indywidualne i sporadyczne, wynikało z nagłej potrzeby w razie klęski, jaką dawniej zawsze była choroba i przypadkowej obecności kogoś mającego dobrą wolę i znajomość sztuki pomagania cierpiącym. W miarę jak rozwijała się świadomość procesów społecznych i wzrastało zrozumienie znaczenia zdrowia jednostki dla społeczeństwa, różne grupy społeczne korzystały w różnych formach z usług pielęgniarstwa domowego.

Socjalistyczne podejście do spraw zdrowia wyznacza pielęgniarstwu właściwe miejsce w ogólnej służbie zdrowia Polski Ludowej.

Pierwsze próby zaprowadzenia pielęgniarstwa domowego w Polsce poczynił Magistrat m. Warszawy powołując w roku 1933 pielęgniarki domowe dla chorych ubogich, uprawnionych do opieki miejskiej.

Pielęgniarstwo domowe istniało również przy niektórych szpitalach. Najbardziej dojrzałą formą pielęgniarstwa domowego była praca pielęgniarek rejonowych Ubezpieczalni Społecznej.

ZNACZENIE PIELĘGNIARSTWA DOMOWEGO

1 Pielęgniarstwo domowe w swej opiece nad chorym uwzględnia w dużym stopniu wpływ o t o c z e n i a w jakim chory przebywa. Istota schorzenia i stan chorego stają się niejednokrotnie jaśniejsze i dla lekarza i dla pielęgniarki dopiero na tle środowiska, bo na nie też często spada odpowiedzialność za stan pacjenta. Przywrócenie choremu zdrowia umożliwia czasem dopiero zmiana środowiska, a nie leczenie samej tylko choroby.

2 Wartość programową i dydaktyczną pielęgniarstwa domowego podnosi to, że pielęgniarka udziela wskazówek w chwili, kiedy zarówno pacjent, jak jego rodzina są najbardziej zainteresowani i chętni do przyjmowania pouczeń.

Bardziej niż każda inna gałąź pielęgniarstwa, pielęgniarstwo domowe może stać się dźwignią u ś w i a d o m i e n i a s a n i t a r n o - h i g i e n i c z n e g o i stanowić tym samym pierwszy szczebel w tworzeniu podejścia do wszystkich schorzeń jako do chorób społecznych.

3 Pielęgniarstwo domowe stwarza c i ą g ł o ś ć w o p i e c e n a d c h o r y m. Istniejący od lat system szpitalny odseparował leczenie chorego w szpitalu od opieki nad chorym po wyjściu ze szpitala. Jest to zjawisko szkodliwe nie tylko w przypadku, gdy chory przebywa w szpitalu krócej niż tego wymaga jego stan, ale i wtedy, kiedy powraca do domu rzekomo „wyleczony“. Nieraz się zdarza, że ktoś wraca jedynie po to, aby popaść w chorobę od nowa. Nic w tym dziwnego, skoro pacjent nic nie wie o swojej chorobie, a powraca do tego samego środowiska, które właśnie — być może — chorobę te wywołało.

Pielęgniarka domowa przedłuża i doprowadza do końca leczenie rozpoczęte w szpitalu, a przez racjonalną opiekę nad chorym powracającym ze szpitala wpływa na utrzymanie jego zdrowia.

4 Pielęgniarstwo domowe o d c i ą z a ł ó ż k a s z p i t a l n e, gdyż może utrzymać leczenie na poziomie szpitalnym: zapewniając fachowość usług chorym, dla których w danej chwili przeciwwskazane jest przewiezienie do szpitala (np. pewne stadia zapalenia płuc); przez właściwą interpretację i prawidłowe wykonanie zleceń lekarskich (np. sprawy chorobowe wymagające jedynie aseptycznych kompresów gorących nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, jeżeli jednak ani chory, ani też nikt z otoczenia nie wie jak zabieg taki prawidłowo wykonać, choroba pogarsza się, komplikuje i nieraz w efekcie trzeba chorego poddać leczeniu zamkniętemu).

5 Pielęgniarstwo domowe o s z c z ę d z a, zmniejsza ogólne koszty służby zdrowia.

Z powyższych przesłanek wynika, że pielęgniarstwo domowe stanowi logiczne **dopełnienie zamkniętej opieki zdrowotnej.**

ISTOTA PRACY PIELĘGNIARKI DOMOWEJ

Pielęgniarstwo domowe, to praca stosunkowo trudna, wymagająca opanowania techniki zabiegów pielęgniarskich, inicjatywy w przystosowaniu tej techniki do warunków do

mowych, rozumienia momentów społecznych i psychicznych wpływających na stan pacjenta. Pielęgniarka domowa musi współpracować z lekarzem, szpitalem, ośrodkiem zdrowia, z opieką społeczną, z rodziną chorego, z koleżankami, radą zakładową miejsca pracy chorego itp.

Pracę swoją wykonuje pielęgniarka domowa w warunkach niekiedy daleko odbiegających od tych, do jakich przywykła w szpitalu.

W pracy poszczególnej pielęgniarki domowej należy wyróżnić dwa momenty, z których pierwszy to:

opieka nad chorym w domu, co wymaga pogłębienia wiedzy i techniki, posiadanych przez każdą pielęgniarkę i pewnego przystosowania ich do danych warunków;

drugi, to utworzenie i prowadzenie swej dzielnicy jako podstawowej jednostki organizacyjnej i administracyjnej pielęgniarstwa domowego. W zakres tego działu jej pracy wchodzi:

1. planowanie wizyt,
2. propaganda,
3. opieka nad sprzętem podręcznym i przedmiotami do wypożyczania,
4. statystyka i sprawozdawczość.

Ogólnie ustalone wytyczne do planowania wizyt biorą pod uwagę geografię dzielnicy, rodzaj schorzenia (co równocześnie określa potrzebną ilość wizyt dziennie) oraz warunki domowe.

Jakkolwiek pielęgniarka domowa stara się odwiedzić każdego chorego stale o tej samej godzinie, to jednak musi pacjentowi wytłumaczyć, że nie zawsze jest to możliwe, że ma też innych chorych, którzy z jej opieki korzystają. Dwie wizyty dziennie należą się cierpiącym na cukrzycę, chorym na choroby ostre, moczącym się i zanieczyszczającym, jeśli nikt z otoczenia nie może pielęgniarki zastąpić. Niektórych pacjentów trzeba również odwiedzać w niedzielę. Chroników wystarczy odwiedzać raz w tygodniu .

Sama tylko sprawna pomoc pielęgniarska to nie wszystko dla powodzenia pielęgnowania domowego. W parze z tą sprawnością musi iść zdolność współpracy z ludźmi na każdym szczeblu i w każdych warunkach, zamiłowanie do pracy społecznej i nauczania, oraz chęć poprawienia poziomu higieny życia nawet w tych domach, gdzie się to wydaje beznadziejne.

W metodyce pracy i w postawie pielęgniarki domowej obowiązują te same zasady co i w innych gałęziach pielęgniarstwa społecznego.

W DOMU CHOREGO

Obowiązkiem pielęgniarki domowej jest wykonać zlecone zabiegi, pozostawić pacjenta w wygodnej pozycji i zapewnić mu — w miarę możności — ciągłość opieki w czasie swej nieobecności. Pielęgniarka musi jednak pamiętać, żeby nie zrobić za dużo pierwszego dnia, gdyż niejednokrotnie po zbyt gruntownych reformach w czasie pierwszej wizyty, następnego dnia pacjent w ogóle odmawia korzystania z usług pielęgniarki.

Do programu każdej wizyty należy pouczanie rodziny i otoczenia. Należy zostawić rodzinie wskazówki, jak się pacjentem opiekować, co choremu dawać do jedzenia, jak i kiedy podawać lekarstwa, jak zmienić prześcieradło, jak zapobiegać odleżynom itd. Często, jeśli ktoś z rodziny chorego odnosi się do pielęgniarki nieprzyjaźnie, najlepszym wyjściem z sytuacji może się okazać zaproszenie danej osoby do współpracy, by w ten sposób usunąć moment zazdrości, jaki budzi pozorne uzurpowanie przez pielęgniarkę przywileju troszczenia się o chorego.

Pielęgniarka domowa ma szczególny obowiązek dbać o własność pacjenta. Zniszczone naczynia, plamy na różnych przedmiotach, wytarty lakier na meblach itp. długo pamięta się w każdej rodzinie. Pielęgniarka więc musi pytać o pozwolenie używania naczyń lub bielizny, a przy tym musi zawsze pamiętać o zasadach oszczędności.

Czasem rozmowa z pielęgniarką może stanowić jedyną atrakcję dla chorego, to też pielęgniarka powinna podtrzymywać tę rozmowę, choćby nawet nie miała wielkiej ochoty do pogawędki.

Obowiązkiem pielęgniarki wobec lekarza jest wykonanie zleconych zabiegów oraz informowanie go o każdej zmianie w stanie chorego. W myśl lojalności i, żeby nie zburzyć zaufania do lekarza, pielęgniarka musi wystrzegać się krytyki stosowanych metod leczenia, wolno jej jednak przekazać pewne wnioski lekarzowi. Pielęgniarka domowa nie

może — z zasady — udzielać usług nikomu, kto nie jest pod opieką lekarską.

Raporty dotyczące obserwacji chorego oraz sprawozdania z wykonanej pracy powinna pielęgniarka domowa zostawiać w ustalonym miejscu, dostępnym dla lekarza podczas każdej jego wizyty w domu chorego.

Pielęgniarka domowa, która zastępuje koleżankę musi pamiętać, że nie może samowolnie zmieniać dotychczasowych metod pielęgnowania bez uprzedniego porozumienia się z koleżanką.

TORBA PIELĘGNIARSKA

Zaopatrzenie pielęgniarki domowej stanowi, wszystkim znana jej torba pielęgniarska. Torby te różnią się zależnie od rodzaju pracy pielęgniarki, inne więc są dla przypadków zakaźnych, inne dla położnic, inne znów dla przypadków ogólnych.

Raz na tydzień, np. w sobotę, wyjmuje się wszystko ż torby, uzupełnia braki, zmienia się podszewkę i płócienne torebki na poszczególne narzędzia. W codziennym użyciu torbę kładzie się na stole, zawsze na papierze, przedmioty zaś wyjmuje się dopiero po umyciu rąk i odkłada się spowrotem jedynie po uprzednim wygotowaniu.

W pokoju, gdzie pielęgniarka szykuje swą torbę znajdują się zapasy apteczne, a więc lizol, kresol, jodyna, spirytus, oliwa, lapis, parafina, proszek DDT, wazelina, puder, materiały opatrunkowe, strzykawki do insuliny i do zastrzyków podskórnych, bielizna, fartuchy, czepki, maski i rękawiczki gumowe. W oddzielnej szafie, dokładnie zinwentaryzowane znajdują się ceraty, gumowe kółka, baseny, materace wodne, spluwaczki, dzbanuszki, termofory, izolatory — krótko mówiąc wszystko, co za pokwitowaniem, a w pewnych wypadkach za opłatą, wypożycza się chorym.

SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Sprawozdania pielęgniarki domowej dotyczą jej własnej pracy u chorych, którymi się opiekowała. Wstępne dane ilustrują stopień zaabsorbowania pielęgniarki pracą i często wskazują na konieczność przyjścia jej z pomocą, względnie powiększenia jej rejonu; dają one również obraz rozwoju usług pielęgniarstwa domowego. Dalsze dane mogą służyć do różnego rodzaju statystyk.

Sama technika pielęgniarstwa domowego powinna być od czasu do czasu poddawana krytyce i rewizji przez odpowiednie czynniki, a to celem ustalania nowych form, w każdym jednak razie musi istnieć instrukcja, której pielęgniarka domowa powinna się trzymać.

NAUCZANIE PIELĘGNIARSTWA DOMOWEGO

Jeśli pielęgniarstwo domowe ma być postawione na należytym poziomie, to przede wszystkim musimy zapewnić kadrom specjalne przygotowanie w tej dziedzinie pielęgniarstwa. Przy najlepszej woli nie da się realizować pielęgniarstwa domowego (w omawianym tu sensie) z... natchnienia.

Aby stworzyć wystarczające kadry pielęgniarek domowych, trzeba udostępnić nauczanie pielęgniarstwa domowego bądź to wszystkich uczennicom, bądź też tej grupie pielęgniarek, która zadeklaruje chęć pracowania w tej dziedzinie.

Istotną częścią nauczania pielęgniarstwa domowego powinny być wskazówki celem wyrobienia zaradności i pewnej giętkości metod przy jednoczesnym zachowaniu stale zasad higieny, bezpieczeństwa, porządku, aseptyki i oszczędności. Szkolenie powinno obejmować: demonstracje korzystania ze sprzętu, jakiego używa się tylko w pielęgniarstwie domowym, opieki nad torbą pielęgniarską, ćwiczenia praktyczne, polegające na pielęgnowaniu chorego w terenie pod kierunkiem instruktorki i samodzielnie (z codziennym zdawaniem sprawy i omawianiem pacjentów pozostających pod opieką).

Obecnie, pierwszy krok w tej dziedzinie opieki zdrowotnej został dokonany przez ustalenie bazy (ośrodek zdrowia). Dalsza organizacja wymaga określenia terenów, zapewnienie usług w ciągu całej doby, wszystkich dni tygodnia, formy odpłatności, kontroli itd.

Zrozumienie zagadnień i potrzeb służby zdrowia, stanowisko Państwa wobec racjonalizacji i ujednolicenia wszystkich odcinków służby zdrowia sprawia, że pielęgniarstwo domowe w Polsce jest w tej chwili organizowane i wprowadzane w życie przez Ministerstwo Zdrowia.

Rachela Hutner.

DWA PIERWSZE ETAPY

w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie



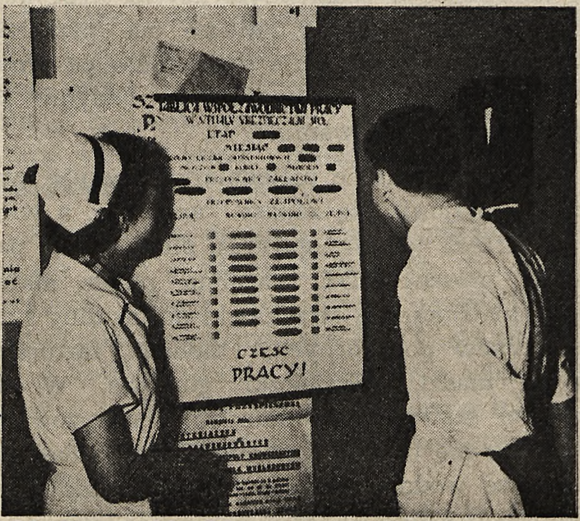
(WAF)

ZANIM szpital nasz przystąpił do współzawodnictwa pracy wydawało się nam, że współzawodnictwo (utożsamialiśmy je z rywalizacją) wpłynie ujemnie na dotychczasowe stosunki koleżeńskie i, że chorzy, wciągnięci w orbitę tego ruchu będą nam raczej utrudniać niż ułatwiać zadanie. Na szczęście obawy te okazały się płonne. Dzisiaj — możemy to powiedzieć śmiało — ruch współzawodnictwa rozwija się u nas coraz pomyślniej.

Pierwszy okres współzawodnictwa trwał w naszym szpitalu od czerwca do października ubiegłego roku. Był to etap próbny. Personel szpitala nie znał jeszcze wymogów współzawodnictwa, lecz... chciał je poznać! Do ruchu przystąpili wszyscy pracownicy szpitala bez wyjątku, w liczbie 344 osób. Z tej wielkiej liczby utworzono 20 współzawodniczących zespołów. Pracownicy zapoznali się ze sposobem punktowania. Punktowano indywidualnie i już w tym pierwszym okresie szpital miał pokaźną liczbę przodujących.

Jednak dopiero **drugi etap**, od października do grudnia ubiegłego roku, dał prawdziwie pozytywne wyniki. Pracownicy, aczkolwiek sumienni w dotychczasowym trybie pracy, rozejrzeli się, każdy na swoim terenie, coby to można ulepszyć, usprawnić, ułatwić. Sprawy, które przed tym uchodziły uwagi zaczęły „wpadać w oczy". Dobry przykład, życzliwa koleżeńska rada, rozmowy z chorymi — pobudziły inicjatywę.

W szpitalu odbywały się regularnie zebrania produkcyjne i racjonalizatorskie. Żywą akcję rozpoczęła k o m i s j a p o p u l a r y z a c y j n a. Powstał komitet redakcyjny i rozpoczęto wydawanie ś c i e n n e j g a z e t k i ogólno-szpitalnej oraz drugiej gazetki, poświęconej wyłącznie sprawie współzawodnictwa. Na łamach tych gazetek pracownicy wypowiadają się na temat swej pracy zawodowej, podają projekty ulepszeń, mówią „co widzą", a co ich zdaniem należałoby zmienić.

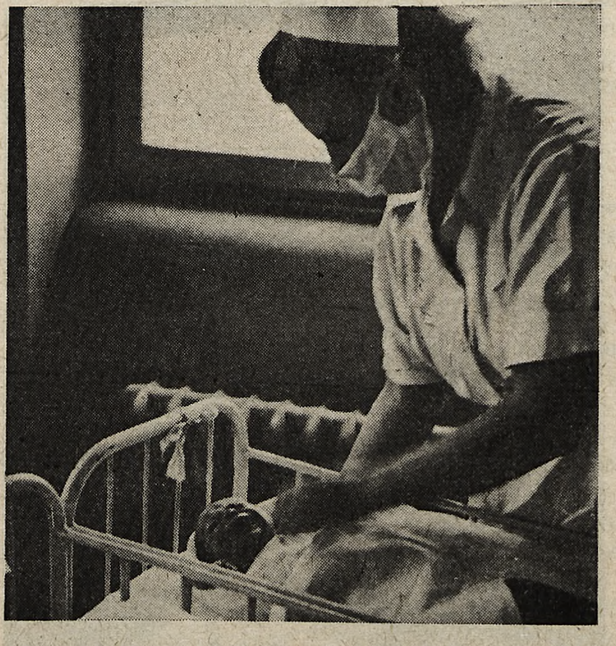


Zainteresowani (WAF)

Komisja wywiesza hasła współzawodnictwa, popularyzując ten ruch pośród chorych i personelu. Chorzy nie pozostają bierni, przeciwnie, biorą chętnie udział, wrzucając do zawieszonych na oddziałach „s k r z y n e k w s p ó ł z a w o d n i c t w a" swoje uwagi o pracy personelu. Chorzy zabierają również głos w gazetce ściennej na temat dobrych i złych stron szpitala. Puszczono takie w obieg trzy referaty, które przechodzą kolejno poprzez wszystkie zespoły.

Poziom pracy w drugim etapie podniósł się, personel podciągnął się w pracy, znikły opóźnienia, często — jeśli zaszła po temu potrzeba — pracownicy pozostawali dłużej, poza obowiązującymi godzinami. Oszczędność na oddziałach, choć trudno ująć ją w konkretne cyfry, wyraźnie się wzmogła. Zmniejszyła się ilość rozbitych naczyń, nie spotyka się już jak dawniej, odkręconego bez potrzeby kranu, ani palącego się niepotrzebnie światła. Co do czystości, trudno w tym u nas współzawodniczyć, ponieważ wszystkie oddziały jeszcze przed wprowadzeniem w naszym szpitalu ruchu współzawodnictwa, rywalizowały ze sobą zawsze na tym punkcie i stoją mniejwięcej na takim samym poziomie.

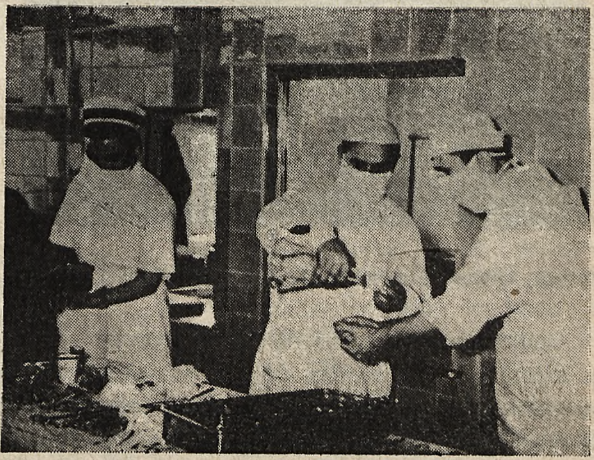
Natomiast, ponieważ bolączką naszego szpitala, który jest szpitalem o wielkiej przelotności chorych i gdzie wiecznie kipi gorączkowa praca — jest zachowanie na oddziałach wymaganej ciszy, urządzono w drugim etapie konkurs na ciche zachowanie się w czasie pracy. Konkurs trwał przez cały grudzień i, jeśli całkowicie nie dał jeszcze pożądanych wyników (oczywiście poza nagrodzonym oddziałem wewnętrznym), to w każdym razie obostrzył baczność personelu i wykazał wśród pracowników dużo dobrej woli i szczerej ambicji.



Konkurs na ciszę nie wszędzie... (WAF)

Drugi etap współzawodnictwa wysunął z każdego zespołu przodowników, z pośród których wybrano jednego **przodownika wybitnego — dr JAN ANYŻEWSKI, trzech przodowników zakładowych i szesnastu zespołowych.**

Na dużym **oddziale chirurgicznym,** sama sala operacyjna dała szpitalowi aż trzech przodowników, z czego dwóch nawet w obu etapach. Są to: lekarz oddziału, dr BYCHAWSKI, siostra operacyjna, GINOWICZ, oraz długoletni pracownik szpitala, sanitariusz ŻEBROWSKI, bez którego to „naszego Frania" nic na sali operacyjnej dziać się nie może. Wszyscy wykazali wysoki poziom pracy i niezwykłą sumienność, po prostu są niezastąpieni.



Nasi trzej przodownicy przy pracy (WAF)

W dziale **pracy społecznej,** pod kierunkiem ob. Z. DRUŻYNOWEJ, zorganizowano bibliotekę dla chorych, założono głośniki dla interesantów i dla personelu, na salach zaś dla chorych słuchawki radiowe. Obecnie przygotowuje się nadawanie przez mikrofon pogadanek dla chorych i personelu.

Współzawodnictwo objęło u nas nie tylko oddziały szpitalne. Rozległy **dział gospodarczy** ogłosił w swoich zespołach dodatkową rywalizację. Zespół kotłowni na przykład współzawodniczy w oszczędnym spalaniu materiału opałowego. W porównaniu z rokiem ubiegłym dało to realną sumę zaoszczędzonych 6842 zł. Warsztat malarski zaoszczędził czas pracy w ilości 55 godzin.

W dziale gospodarczym kwitnie również wynalazczość. Wykonano na przykład zaciski do drzwi lodówki według pomysłu kierownika warsztatów ślusarskich, ob. RYCHLEWSKIEGO, dzięki czemu o 32% wzrosła wydajność lodu. Zaprojektowano i wykonano ochronne siatki na wózki noworodków. Przeprowadzono dodatkowe remonty i wprowadzono nowe instalacje, które dają duże oszczędności w pralni i w piwnicach.

Dział racjonalizacji zaoszczędził 36 godzin pracy miesięcznie usprawniając system wypłat, a poza tym zreorganizował pracę kancelarii szpitalnej, wprowadzając zmianę godzin tak, by petenci mogli być załatwiani do godziny 17, a nie jak dotąd do 15.



Zespół kotłowni rywalizuje w oszczędności paliwa...
(WAF)

Ogólnie można powiedzieć, że personel naszego szpitala bierze bardzo czynny udział we współzawodnictwie pracy, dając dowód zrozumienia doniosłości tej akcji dla dobra ogółu.

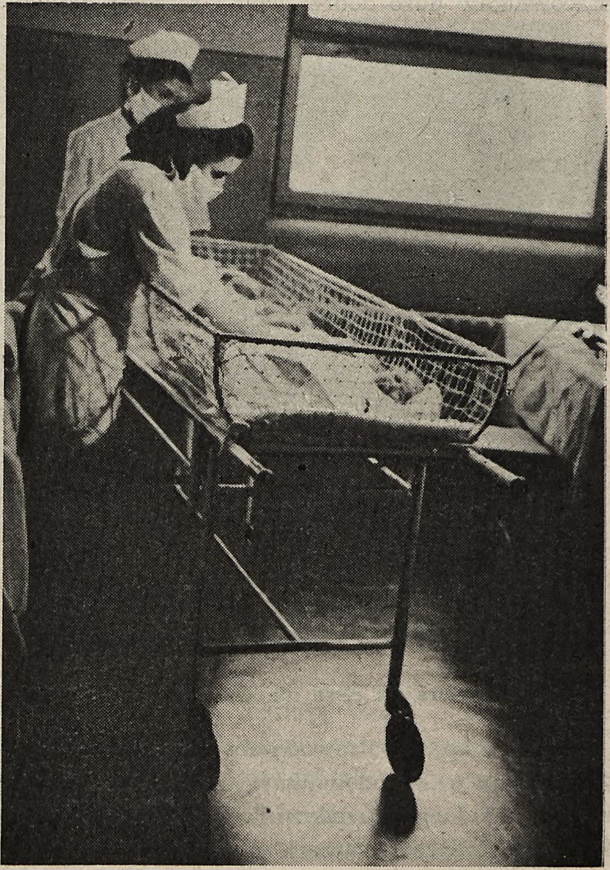
Obecnie, od stycznia br. szpital wchodzi w **nowy etap współzawodnictwa.** Komitet został zreorganizowany w myśl okólnika Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Na czele komitetu pozostał prezes, dr Mężyński, i sekretarz komitetu, siostra Piekarowicz, pielęgniarka oddziałowa na oddz. chirurgicznym, która ofiarnie pracuje nad organizacją ruchu współzawodnictwa od początku jego istnienia na naszym terenie. Każdy zespół wyłonił tzw. trójki punktujące, które będą wypełniać arkusze indywidualne dla poszczególnych pracowników. Będzie to ocena bardziej dokładna. Doświadczenie wykaże gdzie i na co należy zwrócić uwagę, aby podany nam ramowy program współzawodnictwa dał na naszym terenie dobre wyniki.

Dziś wiemy już wszyscy co to jest współzawodnictwo, każdy pragnie wykazać się jak najlepszą pracą, każdy pragnie dorzucić swoją cegiełkę. I jakkolwiek czasu w szpitalu zawsze nam brak, to jednak frekwencja na zebraniach współzawodnictwa jest duża, i dyskusję na nich prowadzi się bardzo ożywioną.

Na dalszym planie przewidujemy wprowadzenie współzawodnictwa pomiędzy zespołami najlepszymi, a także najsłabszymi; również pomiędzy poszczególnymi odcinkami na oddziałach, co będzie możliwe dopiero wtedy, gdy będą na nich pracowały zespoły mniejwięcej równe, a stanie się to na wiosnę, gdy Szkoła Pielęgniarstwa ZUS przyśle nam swe uczennice. Będzie to już druga Szkoła Pielęgniarstwa praktykująca w naszym szpitalu. Odcinki, z których każdy pozostanie pod opieką instruktorki i zespołu uczennic innej szkoły, będą mogły wprowadzić szereg ulepszeń na sale szpitalne nie zapominamy bowiem słów dr Wrzyszczyńskiego z jego artykułu w Nowinach Lekarskich, słów, które stały się wśród nas bardzo popularne: „współzawodnictwo pracy nie zagraża interesom chorego, przeciwnie, cały i jedyny jego sens polega właśnie na obronie interesu chorego".

Wiemy, iż przewodnią myślą każdego pracownika służby zdrowia, na każdym odcinku tej niezmiernie ważnej służby społecznej, powinno być dążenie do doskonalenia treści i wyników swej pracy. Stanowić to będzie dowód właściwego rozumienia obowiązku i świadomego wzięcia na siebie odpowiedzialności za najwyższe dobro społeczeństwa socjalstycznego — zdrowie człowieka. Sens tych słów jest oczywisty, stanowi istotę współzawodnictwa i określa jego cel. Aby jednak dojść do tego wniosku trzeba było wyjść poza ramy rutyny, podjąć odpowiednią pracę i skierować ją na właściwe tory...

M. S.



Nowy projekt. Siatka ochronna do wózków niemowlęcych wprowadzona na terenie szpitala.
(WAF)

H. Legutko

Wytyczne pracy pielęgniarki szkolnej

Aby mówić o pracy pielęgniarki szkolnej należy oprzeć się na czynnościach i zadaniach, jakie ją obowiązują.

Pielęgniarka szkolna:

a) pomaga lekarzowi szkolnemu podczas badań,

b) czuwa nad czystością budunku szkolnego, oraz przestrzega czystości wśród dziatwy szkolnej (w razie potrzeby strzyże włosy), pilnuje wietrzenia sali i korytarzy;

c) skierowuje lub odprowadza dzieci do ośrodków zdrowia, ambulatoriów, kąpielisk;

d) współpracuje w dożywianiu dzieci;

e) sprawdza wypadki zachorowania dzieci szkolnych na choroby zakaźne i czuwa, by rodzeństwo chorego dziecka nie uczęszczało do szkoły;

f) odwiedza mieszkania dzieci chorych albo stale brudnych, zawszonych, moralnie zaniedbanych i przekonywa rodziców lub opiekunów o konieczności utrzymania dzieci w czystości oraz leczenia ich;

g) udziela pierwszej pomocy w razie wypadku i utrzymuje w porządku apteczkę szkolną;

h) prowadzi dziennik swych czynności podług opracowanego wzoru oraz składa sprawozdania miesięczne i roczne za pośrednictwem lekarza szkolnego, kierownika ośrodka lub zarządu szkoły bezpośrednio władzom higieniczno-szkolnym;*)

Zadaniem pielęgniarki szkolnej jest, ogólnie biorąc, współpraca z lekarzem szkolnym, szkołą i domem nad podniesieniem zdrowotności i czystości wśród dzieci szkolnych.

Zakres pracy pielęgniarki szkolnej zależy od warunków, w jakich pracuje. Zakres ten będzie inny w miastach pod stałym nadzorem lekarskim i małej ilości szkół przydzielonych (4—5 szkół, 1200—1500 dzieci), inny na wsi, gdzie pielęgniarka ma pod swoją opieką dużo szkół (10, 20, 30) i bywa w nich raz w miesiącu, a czasem tylko jeden lub dwa razy w roku szkolnym.

Pielęgniarka szkolna, podejmując pracę, sporządza ramowy plan swych czynności na cały rok szkolny. W planie tym rozkłada pracę na miesiące, celem usystematyzowania jej oraz ustalenia czynności.

Plan pracy rocznej w warunkach miejskich o stałym nadzorze lekarskim przy małej ilości szkół

Wrzesień — Październik

1) **Zapoznanie się z możliwościami i sposobem udzielania dzieciom pomocy** w zakresie badań lekarskich i leczenia na terenie miasta. (Poradnie szkolne, Ośrodki zdrowia, poradnie przeciwgruźlicze, dentystyczne, rentgen, specjalistyczne ambulatoria, lampa kwarcowa itp. Czy są i kiedy przyjmują dzieci szkolne. Godziny przyjęć wypisujemy i wykaz ich umieszczamy w każdej szkole na widocznym miejscu).

2) **Zapoznanie się z drukami obowiązującymi** na terenie szkoły i poradni szkolnej. (Karty zdrowia, skierowania, kontrolne listy zdrowia i czystości młodzieży szkolnej, pouczanie o tępieniu wszawicy, świerzbu). Druki do sprawozdań dziennych, miesięcznych, ewentualnie rocznych ustalamy z lekarzem szkolnym lub poradnią szkolną. Jeżeli druków nie ma, staramy się o nie i przechowujemy wykazy w teczkach odpowiednio podpisanych. W szkołach przechowujemy teczki:

a) ze sprawozdaniami z pracy,

b) z wykazami czystości przeglądów (czyli „kontrolne listy zdrowia i czystości"),

c) z wykazami chorób,

d) z wykazami szczepień.

3) **Zapoznanie się z kierownictwem szkół przydzielonych,** celem

a) omówienia pracy i uzgodnienia godzin swych czynności, jak przeglądy czystości, różne badania itp., które uzależnimy od tego, czy szkoła należy do Ośrodka Zdrowia (poradni szkolnej), względnie czy posiada gabinet lekarski,

b) zaznajomienie się z rozkładem godzin lekcyjnych, ilością oddziałów, liczbą dzieci w szkole,

c) informacji czy w szkole jest Koło Młodzieży P.C.K. (wykorzystamy go do współpracy nad podniesieniem czystości).

Pamiętajmy, że na terenie szkoły gospodarzem jest kierownik i wszelkie sprawy związane z porządkiem i przepisami szkolnymi będziemy z nim uzgadniać starając się o dobrą współpracę.

4) **Dokładne zaznajomienie się z budynkiem szkolnym,** by czuwać nad utrzymaniem względnie poprawą warunków higienicznych w ciągu roku szkolnego.

a) U s t ę p y. Specjalną uwagę zwrócimy na ustępy skanalizowane — czy są w stanie używalności? Czy podłogi i siedzenia są

*) Patrz „Lekarz szkolny i opieka lekarska w szkole" dr Stanisław Kopczyński.

utrzymywane w należytej czystości? Czy w ustępach jest papier higieniczny lub w braku tegoż biały papier pocięty i zawieszony na sznurku?

Przy ustępach nieskanalizowanych zwrócimy uwagę na otwory i siedzenia, czy są proporcjonalne do wzrostu dzieci. Jeżeli siedzenia są za wysokie można temu zaradzić przez wstawienie odpowiednich ławeczek i przeznaczyć takie ustępy dla mniejszych dzieci. Ustępy oraz ścianki (dla chłopców) powinny być szorowane gorącą wodą z ługiem oraz od czasu do czasu lizolem. W szkołach koedukacyjnych ustępy powinny być udosobnione i posiadać odrębne wejścia z dwóch różnych stron.

b) Umywalnia. Najkorzystniej, gdy umywalnie z wodą bieżącą rozmieszczone są w klasach lub na korytarzach. Jeżeli w klasach są miednice zwrócimy uwagę, czy są dzbanki na czystą wodę, wiadra na brudną wodę oraz podstawki na mydło . Jeżeli stwierdzimy braki, będziemy się usilnie starać, braki te w ciągu roku uzupełnić i zaprowadzić w szkołach przy pomocy kół Młodzieży P.C.K. wzorowe „kąciki czystości".

c) Sprawa mydła i ręczników jest ogromnie ważna. Jeśli chodzi o ręczniki to najpraktyczniej umieścić 3-metrowy zeszyty w koło ręcznik na drążku, na którym się obraca. Przyrząd taki (w razie konieczności) można zamykać na kłódkę; wisieć może równie dobrze na korytarzu przy umywalni, jak i w klasie. Mydło powinno znajdować się obok na podstawce. Gdy szkoła nie posiada ręczników ani mydła i nie przewidziano na to funduszów, wówczas dzieci powinny z domu przynosić te przybory, każde dla siebie, w specjalnych woreczkach.

d) Woda do picia. Jeżeli w szkole nie ma urządzeń wodotryskowych tylko dzieci piją z kubków, to kubki muszą stać na półce, przymocowane do niej łańcuszkami. Na wsi, w razie potrzeby, pamiętać trzeba o przegotowywaniu wody i trzymaniu jej w czystych dzbankach, nie zaś w wiadrach, tak aby dzieci nie czerpały wody zanurzając w niej kubek.

e) Szatnie. Odzież wierzchnią powinni uczniowie pozostawiać w szatniach. Wieszanie płaszczów w korytarzach jest dopuszczalne w małych szkołach wiejskich, lub tam, gdzie jest zupełny brak pomieszczenia na szatnię. Wieszanie płaszczy w izbach szkolnych jako sprzeczne z zasadami higieny jest niedopuszczalne. Również nie zgodzimy się na składanie płaszczy na oparciach stołków, ani co gorsze na siedzenie w płaszczach w klasie podczas nauki.

f) Kuchnie. Jeżeli w szkole jest kuchnia zwrócimy uwagę na sposób zmywania naczyń. Wszystkie resztki z talerzy i garnków usuwamy do osobnego naczynia, spłukujemy niewielką ilością wody z sodą i zmywamy je płóciennym zmywakiem lub szczotką. Następnie spłukujemy wszystko czystą wodą i osuszamy. W razie braku dostatecznej ilości ścierek osuszamy talerze i garnki, ustawiwszy je dnem do góry. Zmywak po każdym użyciu należy przeprać wodą z mydłem. Staramy się o białe fartuchy dla kucharki i dyżurnych.

g) Oświetlenie. Zwrócimy uwagę czy dzieci w klasie mają oświetlenie z lewej strony. Jeżeli oświetlenie zbiega się z dwu stron np. ze strony lewej i z tyłu lub przodu ławek, zasłaniamy tylne lub przednie okna papierem matowym, rozpraszając w ten sposób światło. Światło takie jest zdrowe i przyjemniejsze dla oczu. Nie należy ustawiać ławek w klasie w ten sposób, żeby światło lub słońce padały dzieciom wprost na oczy. Takie oświetlenie psuje bowiem wzrok.

h) Wentylacja. Najskuteczniejszym przewietrzaniem sal i korytarzy jest wietrzenie poziome, zwane wietrzeniem na przestrzał, polegające na otwarciu przeciwległych sobie drzwi i okien. Takie przewietrzanie nie zaszkodzi nikomu zdrowemu. Chronimy przed nim jedynie dzieci chore, z temperaturą, zgrzane i spocone, bo tym mogłoby takie przewietrzanie zaszkodzić. W ciągu roku będziemy kontrolować wentylację klas (podczas przerw) i korytarzy (podczas lekcji) pilnując, aby dzieci nie przebywały podczas przerw w klasie.

i) Podwórza. Należy zlikwidować wszelkie śmietniska odkryte, a na ich miejsce wykopać na śmiecie i odpadki specjalny dół, który trzeba nakrywać dla zabezpieczenia go przed muchami. Pilnujemy, aby dzieci nie zaśmiecały podwórze i w razie kurzu skrapiamy je wodą. Dzieci nie powinny grać w piłkę na podwórzu błotnistym, względnie zakurzonym. Pilnujemy, żeby były wycieraczki i żeby dzieci wycierały obuwie.

5) Badania wstępne na początku roku polegają na dokładnym obejrzeniu wszystkich dzieci celem wykrycia:

a) wyprysków skórnych(przedstawiamy lekarzowi szkolnemu, lub skierowujemy do Ośrodków Zdrowia);

b) śladów drapania (podejrzane o świerzb lub wszawicę odzieżową, ponieważ ślady są podobne, przedstawiamy lekarzowi szkolnemu lub skierowujemy do Ośrodków Zdrowia i kontrolujemy wynik, celem sprawdzenia, czy w wypadku świerzbu kuracja została przeprowadzona),

c) śladów łuszczenia na dłoniach i stopach (podejrzenia na przebytą szkarlatynę); takie dziecko odsyłamy zaraz do domu i dajemy znać lekarzowi szkolnemu lub Wydziałowi Zdrowia (referat zwalczania chorób zakaźnych),

d) wszawicy głowowej; dziecko zawszawione odsyłamy do domu na trzy dni z odpowiednim pouczeniem i poleceniem oczyszczenia głowy; polecenie jest potwierdzone przez kierownictwo szkoły dla nadania charakteru urzędowego, a także dla zorientowania kierownictwa o stanie zawszawienia w szkole,

e) wszawicy odzieżowej; dzieci z wszawicą odzieżową odsyłamy do domu na 3 dni z pouczeniem i poleceniem jak wyżej.

Celem:

f) skontrolowania czystości ogólnej (szyi, uszu, rąk, nóg itp).

g) przedstawienia lekarzowi do zbadania dzieci, mających otrzymać zwolnienie z ćwiczeń fizycznych, po czym zwolnienia oddajemy wychowawczyni danej klasy.

Oceny:

h) śladów poszczepiennych; oglądamy dokładnie oba ramiona dziecka i jeżeli nie stwierdzimy na nich śladów szczepienia ospy, przedstawiamy lekarzowi do szczepienia w bieżącym miesiącu; dziecka takiego nie będziemy już szczepić w okresie masowego szczepienia wiosennego, bez względu na wynik.

Badania wstępne wyżej opisane robimy dokładnie. Każdą klasę oddzielnie. Polecamy rozebrać się do pasa jednocześnie dzieciom z trzech ławek, nie więcej, ażeby nie ziębły, a zaraz po badaniu dzieci się ubierają. Na końcu oglądamy nogi. Po przeglądzie wietrzymy klasę.

Na badania wstępne przeznaczamy zeszyt lub luźne kartki dla każdej klasy osobno.

Najlepiej mieć gotowe druki powielane, obejmujące następujące rubryki:

Klasa........ **liczba dzieci**........ **nazwisko wychowawcy**........ **data**........

Nazwiska dzieci				
z wszawicą	brudnych	z wypryskami, śladami drapań i do zwolnień z ćwiczeń	nie szczepionych	nieobecnych

Wyniki przeglądów wstępnych zużytkujemy przenosząc je na „kontrolne listy zdrowia i czystości dzieci", które wypełnimy dopiero po ustaleniu klas.

Jeżeli przegląd wstępny robimy same, dajemy raport lekarzowi szkolnemu, podając liczbę dzieci, oddziałów w szkołach, ilość dzieci zawszonych, ilość i jakość skierowań dzieci do szczepień, celem zorientowania go we wszystkich szczegółach tyczących się dzieci szkolnych.

Jeżeli przeglądy te robi lekarz, pomagamy mu w tych czynnościach, rozszerzając je do przeglądów w kierunku jaglicy i próchnicy zębów. Czas trwania przeglądu ze względu na porządek szkolny nie może przekraczać godziny lekcyjnej.

Przeglądy wstępne zaczynamy robić zaraz z początkiem września, aby zapobiec rozwleczeniu chorób, jakie dzieci mogły przywieźć z wakacji.

Przeglądy wstępne możemy robić zbiorowo lub indywidualnie w gabinecie lekarskim.

6) Wypełnianie kontrolnych list zdrowia i czystości dzieci.

Zwykle po miesiącu klasy są są już ustalone, możemy więc zacząć wypisywanie kontrolnych list. Służą one dla systematycznych przeglądów czystości, które przeprowadzamy co miesiąc w każdej klasie, przy czym każda klasa posiada swoją listę.

Wzór kontrolnej listy zdrowia i czystości.

L. p.	Nazwisko imię	Adres	Zawód ojca	Zęby	Gdzie leczy	Oczy	Gdzie leczy	Przeglądy czystości				
								IX	X	XI	XII	itd.
								6 IX	*3 X*	*2 XI*		
1.	*Janas Zofia*	*ul. Zgody 1*	*robotn.*	*zdrowe*	—	*p. 5/5 l. 5/5*	—	*gnidy*	*ręce*	*głowa*	*O*	
2.	*Ptyś Wanda*	*ul. Czysta 2*	*masażysta*	*zepsute*	*Ośrodek Zdrowia*	*p. 5/20 l. 5/20*	*okulary*					

Kontrolne listy będą nam służyły do wpisywania wyników badania wzroku, jeżeli badania te przeprowadzamy zbiorowo w klasie, stąd też wyniki te możemy przenosić na karty zdrowia, podobnie jak wyniki badań uzębienia. Ułatwi to nam stałą kontrolę leczenia zębów, kontrolę noszenia szkieł, ponieważ zaś raz w miesiącu będziemy miały kontakt z całą klasą, możemy więc dzieciom przypominać różne wskazania i dopilnowywać, aby je wykonały.

W rubryce „przeglądy czystości" będziemy zapisywać wyniki miesięcznych przeglądów zaznaczając nieobecność dzieci w dniu przeglądu jakimś znakiem np. kółkiem.

7) Badania przygodne.

Już od pierwszych dni pobytu w szkole dzieci zaczną zgłaszać się z różnymi dolegliwościami do badania lekarskiego. Dla tych wszystkich dzieci zakładamy karty zdrowia bez względu na to, czy badania odbywają się w poradni szkolnej, w Ośrodku Zdrowia czy w szkole.

Dzieci zgłaszają się na godzinę przed przyjściem lekarza, aby móc zmierzyć temperaturę, przygotować kartę zdrowia, jeżeli zajdzie potrzeba, po czym wracają do klas i gdy lekarz nadejdzie wzywane są na badanie.

Jeżeli dzieci same zgłaszają się z dolegliwościami, przyjmujemy to z krytycyzmem, ale bez bagatelizowania. Dziewczynki zwłaszcza wmawiają sobie różne choroby, ich skargi przyjmujemy życzliwie, starając się jednocześnie o rozmowę z matką. Chłopcy lubią raczej „naciągać" pielęgniarkę, by uciec z lekcji. Zwłaszcza w okresie dojrzewania należy dzieciom okazywać dużo wyrozumiałości.

8) Porządkowanie apteczki szkolnej.

Wyposażenie apteczki szkolnej jest zazwyczaj skromne. Ważną sprawą jest utrzymanie jej w należytym stanie i pouczenie młodzieży, jak przygotowuje się materiał opatrunkowy i stosuje się najprostsze leki. Po skompletowaniu zrobimy spis wszystkich rzeczy znajdujących się w apteczce i powiesimy go na zewnątrz szafki. Przy szafeczce stawiamy mały stolik, przy którym będziemy zakładać opatrunki. Zawartość apteczki podzielimy na:

a) Środki wewnętrzne:

Krople miętowe, (w bólach żołądka po 10-15 kropel na wodzie), krople walerianowe, (w omdleniach, osłabieniach, wymiotach, napadach nerwowych 10-15 kropel na wodzie lub na cukrze), proszki od bólu głowy (nie szafować, dawać dziewczętom np. przy menstruacji), woda przegotowana (dla dzieci histerycznych dla przekonania się, czy nie symulują).

b) Środki zewnętrzne:
Jodyna do pędzlowania ran (nie lejemy do rany, lecz tylko pędzlujemy wacikiem nawiniętym na mały patyczek np. wykałaczkę), benzyna (do zmywania plastra), woda utleniona (do zmywania ropiejących ran), woda kwaśna (octan glinu do okładów pod ceratkę, 1 pastylka na szklankę wody, stosujemy przy potłuczeniach, obrzękach, żeby zapobiec zakażeniu), wazelina (do smarowania skóry przy okładzie z octanem), maść borowa, maść ichtiolowa (do przykładania na rany), maść ksylolowa (w wypadku wszawicy), olej lniany w połączeniu z wodą wapienną (przy oparzeniu lub odmrożeniu I stopnia), dermatol (proszek do zasypywania ran przy odmrożeniu II i III stopnia lub oparzeniu), nadmanganian potasu (kryształki, z których robimy płyn lekko różowy do przemywania lub moczenia brudnych ran np. na stopach, rękach itp.), amoniak (kilka kropel na wacie podać w razie omdlenia do powąchania).

c) Materiał opatrunkowy:

Gaza lub szmatki różnej wielkości, wyjałowione, (można zastosować prasowanie), poukładane przy pomocy pensetki w szklanym słoju, szczelnie zamkniętym, wata w szklanym słoju, bandaże różnej długości i szerokości (mogą być płócienne), waciki (wata nawinięta na wykałaczki do jodynowania brzegów rany, w małej szklance), plaster (do przyklejania opatrunków, tam gdzie nie da się przybandażować), ceratka lub papier pergaminowy do okładów, szpatułki do maści.

d) Narzędzia:

Nożyczki, pensetka (do wyjmowania gazy ze słoja), termometr (w szklance z płynem dezynfekującym np. nadmanganianem potasu; na dno dajemy watę, żeby ustrzec od zbicia), nerka lub miseczka (na brudne opatrunki, które potem palimy), miseczka (do maczania szmatki w octanie glinu przy stosowaniu okładów pod ceratką), szklaneczka na lekarstwa.

Pielęgniarka bywająca w szkole rzadko powierza komuś z nauczycieli kluczyk od apteczki oraz pouczenie o stosowaniu leków najlepiej napisane na kartce.

Fundusze na apteczkę czerpie szkoła, zależnie od okoliczności, z gmin, zarządów miejskich, komitetów rodzicielskich, imprez itp.

Można w porozumieniu z kierownictwem szkoły ustalić kilku lub kilkunastozłotową opłatę za opatrunki na dochód apteczki, jednak tylko tam, gdzie rodzice rzeczywiście mogą płacić. Pierwszy opatrunek w nagłym wypadku powinien być jednak zawsze bezpłatny. Wykaz dochodów należy prowadzić bardzo dokładnie, posługując się kwitariuszami. Dla kontroli zużycia materiału opatrunkowego zakładamy „zeszyt opatrunkowy", który mogą prowadzić same dzieci.

9) Badanie uzębienia.

Badania stanu zębów odbywają się dwa razy do roku na terenie szkoły (dokonuje ich lekarz lub pielęgniarka), w ambulatoriach lub Ośrodkach Zdrowia.

Jeżeli badania w szkole przeprowadza lekarz-dentysta, przygotowujemy umywalkę, ręcznik, i szklankę z płynem dezynfekcyjnym.

Jeżeli badania przeprowadzamy same, wówczas nie posługujemy się żadnymi przyborami, tylko oglądamy zęby polecając dziecku otworzyć usta. Notujemy dostrzeżone zmiany na kontrolnych listach i po opuszczeniu klasy wypisujemy skierowania do dentysty. Zwrócimy szczególniejszą uwagę na próchnicę oraz zęby 6-te, które jako pierwsze trzonowe wymagają natychmiastowego leczenia; (pilnujemy, żeby rodzice prowadzili dzieci do poradni dentystycznych, a w koniecznych wypadkach prowadzimy je same).

10) Kontrolne badanie wzroku

Zazwyczaj lekarz powierza je pielęgniarce. Na początku roku badanie ograniczymy tylko do dzieci, które noszą szkła, celem skierowania ich do kontroli oraz te dzieci, które skarżą się na ból oczu, pieczenie, swędzenie, łzawienie oraz że źle widzą. Dzieci takie skierujemy do lekarza. W razie potrzeby przesadzimy bliżej tablicy.

Badanie szczegółowe wszystkich dzieci przełożymy na dalsze miesiące lub przeprowadzimy je, przygotowując dzieci do badania indywidualnego.

11) Przeglądy czystości.

Przeglądy te w zasadzie powinny być dokonywane raz na miesiąc w każdej klasie.

Przegląd powinien odbywać się w obecności wychowawcy. Przy licznej klasie (50 dzieci) z trudnością wystarczy nam 45 minut na dokonanie przeglądu. Na przegląd zabieramy ze sobą kontrolną listę (na której mamy wyniki badań wstępnych, przeprowadzonych we wrześniu), ołówek i nożyczki do obcinania paznokci.

Dzieci zdejmują wierzchnie ubrania i w bieliźnie podchodzą do nas według kolejności ławek. Oglądamy dzieciom twarze, głowy, uszy, szyje, ręce, bieliznę i notujemy wyniki. Małym dzieciom obcinamy paznokcie, dzieci starsze — począwszy od klasy V — mogą jedno drugiemu pomóc w obcinaniu.

Po przeglądzie wszystkich dzieci polecamy usiąść im na pulpitach z nogami opuszczonymi na ławki i zdjąć trzewiki. Chodzimy wzdłuż ławek i oglądamy pończochy i nogi. Notujemy. Następnie sprawdzamy chustki do nosa (dziewczynki powinny mieć na nie kieszenie w fartuszkach). Od dziewczynek z krótkimi włosami żądamy pokazania nam grzebyczków do przyczesywania się (w pochewce, w kieszeni).

Ponadto sprawdzamy opakowanie drugich śniadań. Papier powinien być czysty, biały lub szary, nie kolorowy ani też gazeta. Jednocześnie orientujemy się, które dzieci przynoszą śniadania, które wymagają dożywiania.

Przy okazji zwracamy uwagę, żeby dzieci nie siedziały w klasie w szalikach oraz, czy dzieci, które powinny mieć okulary noszą je.

Nie zwracamy dzieciom uwagi publicznie, ani nie dajemy im poleceń dla rodziców w rodzaju: „niech ci mamusia upierze chustkę do nosa". Mówimy poprostu: „upierz sobie chustkę".

Po ukończonym przeglądzie wygłaszamy 5 minutową pogadankę na temat jaki podsunął przegląd, np. w razie dużej liczby zawszonych głów o wszawicy itp.

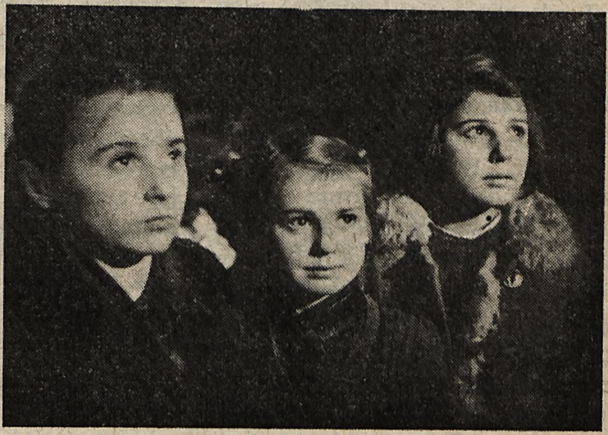
Dzieci zawszone odsyłamy do domu, jak opisano wyżej przy badaniach wstępnych, dzieci mające gnidy dostają pouczenie drukowane dla rodziców.

Sposób tępienia gnid

1. Zmaczać dobrze włosy ciepłym, mocnym octem.
2. Zawiązać głowę chusteczką na 10 minut.
3. Wyczesywać włosy gęstym grzebieniem, maczając go co pewien czas w ciepłym occie.

UWAGA: Jeżeli przy użyciu gęstego grzebienia gnidy nie schodzą, należy ściągać je palcami przez szmatkę zmaczaną w occie.

Czystość, racjonalne odżywianie i opieka lekarska zapewnią dziecku zdrowie.



W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej

DR T. KOŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

CIAŁA OBCE

Często zdarza się, że jakieś ciało obce dostaje się, w ten czy inny sposób, do oka, nosa lub ucha i już samą swą obecnością powoduje wiele dolegliwości, nie mówiąc, o tym, że niekiedy grozi poważnymi komplikacjami, przede wszystkim zaś wprowadzeniem zakażenia. Każdy powinien wiedzieć jak w takich wypadkach postępować, co robić, żeby nieszczęśliwemu pomóc, a raczej — co ważniejsze — ażeby przez zastosowanie nieodpowiedniego zabiegu nie zrobić mu krzywdy. Omówimy więc kolejno przypadki najczęściej spotykane.

CIAŁA OBCE W OKU

Maleńkie owady, piasek, trociny, drobniutkie kawałeczki węgla (jazda pociągiem!) itp. często, jak wiemy, wpadają do oka i powodują nieprzyjemne łzawienie, pieczenie, później silne przekrwienie i w rezultacie — zapalenie spojówki.

Jeżeli obce ciało utkwi w jednym z załamków worka spojówkowego, co się zresztą najczęściej zdarza, to sprawa jest stosunkowo prosta — należy je usunąć. Robimy to w następujący sposób: delikatnie odsuwamy palcem w dół dolną powiekę i dokładnie oglądamy uwidoczniony w ten sposób dolny załamek worka spojówkowego. Ciało obce usuwamy rożkiem czyściutkiej chusteczki. Więcej trudności sprawia usunięcia ciała obcego z pod powieki górnej: powiekę należy wywinąć. W tym celu palcami lewej ręki chwytamy za rzęsy powieku górnej i pociągamy je lekko ku dołowi. Jednocześnie trzymaną w prawym ręku zapałką uciskamy poprzecznie powiekę, mniej więcej w połowie jej wysokości, po czym lewą ręką odwracamy powiekę od dołu ku górze przykrywając zapałkę. Na skutek elastyczności twardej tarczki górnej powieki, ta ostatnia pozostaje w odwróceniu; na wszelki jednak wypadek podtrzymujemy ją lewą ręką, prawą zaś usuwamy ciało obce. Następnie pociągając znów lekko za rzęsy przywracamy powiekę do zwykłego położenia.

Jeśli ciało obce spowodowało znaczne przekrwienie spojówki to należy wkropić do oczu $^1/_4$% roztworu siarczanu cynku.

Sprawa przedstawia się daleko poważniej, gdy ciało obce tkwi w spojówce pokrywającej gałkę oczną, lub też w rogówce. Zdarza się to najczęściej robotnikom pracującym przy obróbce metali, kamieni itp. bez okularów ochronnych, wtedy bowiem drobne odpryski łatwo wpadają do oka.

Stwierdziwszy obecność ciała obcego w rogówce i wobec daremnego usiłowania usunięcia go leciutkim muśnięciem rożkiem chusteczki, należy nałożyć na oko opatrunek ochronny i odprowadzić chorego jaknajprędzej do lekarza, najlepiej oczywiście do okulisty.

W razie dostania się do oka chemicznych środków żrących (wapno niegaszone, kwasy i tp.), **pierwsza pomoc** polegać będzie na przemyciu oka letnią, przegotowaną wodą. Przystępując do tego zabiegu, chorego układamy na kanapce i głowę jego odchylamy do tyłu. Następnie kciukiem i palcem wskazującym lewej ręki rozwieramy mocno powieki i powoli polewamy oko słabym strumieniem wody ze szklanki lub zlewki. Trzeba pamiętać, że przymykając np. oko lewe skręcamy lekko głowę chorego w tę samą stronę, a więc w lewo. Unikamy w ten sposób możliwości wprowadzenia zanieczyszczonej już wody do drugiego oka. Po przemyciu oka nakładamy opatrunek ochronny i odprowadzamy chorego do lekarza, nawet, gdyby się czuł zupełnie dobrze.

d. c. n.

CO TO ZNACZY?

Chinina — ciało gorzkie znajdujące się w korze drzewa chinowego. W połączeniu z kwasem siarkowym, jako siarczan chininy lub z kwasem solnym, jako chlorek chininy — jest doskonałym lekiem obniżającym gorączkę. Chinina jest specyficznym środkiem przeciwmalarycznym, ponieważ zabija pasożyty, wywołujące to schorzenie.

Cholegrafia — badanie dróg żółciowych, przy pomocy środków kontrastowych.

Chorea — pląsawica.

Chroniczny — przewlekły.

KRONIKA

Z. Z. P. S. Z.

III Plenum Z. Gł. Z. Z. P. S. Z.

8/9 - I - 50

Ostatnie Plenum Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia przebiegało w świetle uchwał powziętych na Plenum Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej i Plenum Centralnej Rady Związków Zawodowych. Dlatego w swym przemówieniu przewodniczący Zarządu Głównego Związku Pracowników Służby Zdrowia, ob. dr. Fiderkiewicz nazwał je — przełomowym.

W Zjeździe wzięli udział członkowie Zarządu Głównego naszego Związku, przewodniczący oddziałów wraz z wiceprzewodniczącymi lub sekretarzami, kilku przodowników pracy oraz zaproszeni goście z Wiceministrem Zdrowia, dr. Kożusznikiem i ob. Ogarkiem, przedstawicielem CRZZ na czele.

Po otwarciu zjazdu przez przewodniczącego, dr. Fiderkiewicza, zabrał głos Wiceminister, dr. Kożusznik, nakreślając zadania służby zdrowia w planie 6 - letnim. (Streszczenie podajemy poniżej). Następnie powitał zjazd w imieniu Centralnej Rady Związków Zawodowych ob. Ogarek.

Przewodniczący, dr. Fiderkiewicz wygłosił referat, którego pierwszą część poświęcił aktualnym sprawom politycznym, drugą — omówieniu najważniejszych zagadnień problematyki Służby Zdrowia. (Streszczenie podajemy niżej).

Sprawozdanie finansowe złożył skarbnik dr. Mintz, a sprawozdanie z półrocznej działalności Prezydium Zarządu Głównego Zw. Zaw. Pracowników Służby Zdrowia złożył I sekretarz Związku ob. K. Kłos. A oto najważniejsze punkty sprawozdania:

1. Zorganizowanie kursów dla pomocników aptekarskich przy Uniwersytetach: w Warszawie, Łodzi, Krakowie i Poznaniu,

2. spowodowanie zawarcia umowy o pracę między Ubezpieczalnią Społeczną a położnymi,

3. uregulowanie spraw techników dentystycznych (przeprowadzenie rejestracji i przynależności związkowej),

4. opracowanie nowych zasad współzawodnictwa pracy,

5. rozszerzenie akcji kulturalno - oświatowej,

6. przeprowadzenie wyborów do nowych władz we wszystkich oddziałach naszego związku.

W dyskusji nad referatem przewodniczącego, dr. Fiderkiewicza i sprawozdaniami wzięło udział ok. 21 osób. Poruszyli oni cały szereg żywotnych zagadnień, swoistych dla poszczególnych miejscowości, lub też interesujących ogół pracowników służby zdrowia. Dyskusję, niezakończoną w I dniu obrad, przeniesiono na popołudnie dnia następnego.

I dzień obrad zakończył się wspólnie spędzonym wieczorem w Teatrze Narodowym na sztuce W. Gorkiego „Jegor Bułyczow i inni".

W II dniu Zjazdu dr. Maria Boguszewska wygłosiła referat „O bezpieczeństwie i higienie pracy". Referentka nakreśliła rys historyczny rozwoju bezpieczeństwa i higieny pracy, podkreślając że jedynie władze krajów demokracji ludowych zajęły się poważnie zrealizowaniem tego zagadnienia.

Plenum uchwaliło następujące wnioski:

1) przejść niezwłocznie na indywidualne ściąganie składek w 100% oraz zaprowadzić ścisłą kontrolę nad wklejaniem znaczków w kartach ewidencyjnych;

2) Przystąpić do planowania we wszystkich dziedzinach pracy związkowej na wszystkich szczeblach naszego Związku;

3) wystąpić do odpowiednich władz z żądaniem wprowadzenia referentów socjalnych w etapach poszczególnych zakładów pracy;

4) przyznać pracownikom, oddelegowanym do pracy związkowej, pobory według ustalonych stawek;

5) skontrolować regulaminy dla chorych w zakładach lecznictwa zamkniętego i dostosować je do wymogów rzeczywistości (dotychczas regulaminy zawierają np. punkt: „zabrania się prowadzenia rozmów politycznych".

6) domagać się uregulowania podstaw prawnych dla działalności kół Związkowych, które są podstawowymi organizacjami naszego Związku, tak jak to przewiduje dekret o Radach Zakładowych;

7) poczynić starania o przyznanie zniżek kolejowych dla wszystkich pracowników i ich rodzin, zatrudnionych w społecznych zakładach Służby Zdrowia;

8) zwiększyć ilość płatnych mandatariuszów wzgl. płatnych pracowników celem usprawnienia pracy w terenie;

9) przestrzegać zasady zwalniania pracowników służby zdrowia dla pełnienia obowiązków społecznych w Związku na 3 dni w miesiącu (w razie potrzeby);

10) wprowadzić specjalny dodatek za szkodliwość pracy przy elektroterapii,

11) wprowadzić system opłacania pracowników służby zdrowia, któryby określał godzinowe wynagrodzenie, odpowiednio premiowane dla pracowników obciążonych większą ilością godzin pracy i i zapewnił nieobniżanie ich faktycznych zarobków progresją podatkową;

12) rozwinąć szeroką działalność dotyczącą bezpieczeństwa i higieny pracy drogą tworzenia odpowiednich komórek organizacyjnych w naszym Związku, opracować zagadnienie B i HP w zakładach Służby Zdrowia i otoczyć opieką BHP przemysłowe zakłady pracy z równoczesnym powiązaniem z zagadnieniami profilaktyki i lecznictwa mas pracujących;

13) zorganizować należytą opiekę zdrowotną w zakładach pracy;

14) przy likwidacjach Izb Lekarskich i Lekarsko-dentystycznych majątek nieruchomy i ruchomy powstały ze składek członkowskich powinien przejść na rzecz Związku Zawodowego Pracownków Służby Zdrowia.

Następnie zebranie zatwierdziło poprawki do statutu Związku, po czym przemówił Wiceminister, dr. B. Kożusznik.

Po podsumowaniu dyskusji przez przewodniczącego, dr. Fiderkiewicza, zebrani powzięli następującą rezolucję:

REZOLUCJA

Rozszerzone Plenum Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, które odbyło się w Warszawie w dniach 8 i 9 stycznia 1950 roku, uchwaliło

—Przyjąć uchwały III Plenum PZPR, Biura Informacyjnego i III Plenum CRZZ jako wytyczne do dalszej pracy nad odbudową zrębów socjalistycznej Służby zdrowia w Polsce Ludowej.

Zdając sobie sprawę z zaostrzającej się walki klasowej, wzmożemy naszą rewolucyjną czujność wobec wroga klasowego, przyczyniając się do oczyszczenia szkodliwej atmosfery, przeszkadzającej nam w marszu ku socjalizmowi. Musimy rozwinąć walkę o pokój, bezlitośnie zdemaskować podżegaczy wojennych i walczyć ze wstecznictwem.

— Wzmocnić jedność organizacyjną i zwartość ideologiczną naszego Związku, walcząc z wszelkimi objawami liberalizmu, oportunizmu i kosmopolityzmu.

— Zastosować wszechstronnie oręż, jakim jest krytyka i samokrytyka w rękach klasy pracującej dla wykonania zadań, stojących przed Związkiem Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia w celu podniesienia stylu pracy związkowej i zawodowej na wyższy poziom. Jednocześnie przez rzeczową krytykę i samokrytykę analizować i ujawniać błędy, szukać najgłębszych ich przyczyn i stosować odpowiednie środki zaradcze, zwłaszcza przeciwko nieróbstwu, nieuzasadnionemu opuszczaniu pracy i braku dyscypliny pracy.

— Powiązać pracę wszystkich ogniw związkowych w rozwiązywaniu Zagadnień Służby Zdrowia przez wspólne rozpracowywanie problemów, dotyczących rozwoju lecznictwa w Polsce Ludowej, z odpowiednimi władzami administracyjnymi i czynnikami partyjnymi.

—Upowszechnić i wzmóc wszystkie formy socjalistycznego współzawodnictwa pracy w szeregach naszych związkowców na drodze do realizacji planu 6-letniego Socjalistycznej Służby Zdrowia.

— Umasowić udział pracowników Służby Zdrowia w rozwiązywaniu zagadnień gospodarczych i zarządzaniu zakładami pracy, w realizowaniu planów organizacyjno - techniczno - usługowych przez usprawnianie pracy, podnoszenie jej wyników i wzmacnianie dyscypliny pracy, dzięki wprowadzeniu narad wytwórczych gospodarczo -usługowych.

— Rozwinąć pracę kulturalno - oświatową, szkolenie i samokształcenie we wszystkich ogniwach naszego Związku, ożywić działalność świetlic i przeprowadzić systematyczne szkolenie aktywu związkowego.

— Zaznajomić członków naszego Związku z przykładami, z doświadczeniami ZSRR, a w szczególności Radzieckiej Służby Zdrowia i ZZPSZ ZSRR — Medsantrud.

Odśpiewanie „Międzynarodówki" zakończyło dwudniowe obrady Rozszerzoneog Plenum Zarządu Głównego Pracowników Służby Zdrowia.

*

* *

W dniu 16 grudnia ub. r. odbyła się uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej w gmachu Szkoły Pielęgniarstwa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Napis na tablicy brzmi:

„Zarząd Główny Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia RP w 32 rocznicę Rewolucji Październikowej oddaje ten gmach na I Szkołę Awansu Społecznego celem szkolenia robotnic szpitalnych na zawodowe pielęgniarki, które zwiększą ideologiczne i fachowe kadry Służby Zdrowia w Polsce Ludowej

Budowę gmachu rozpoczęto w lipcu 1948 r. — ukończono dnia 7 października 1949 r.".

W uroczystości wzięli udział: Minister Zdrowia ob. dr Tadeusz Michejda, wiceminister ob. dr B. Kożusznik, Prezydium Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia z przewodniczącym dr A. Fiderkiewiczem na czele, Komitet Odbudowy Szkoły oraz przedstawiciele Szpitala i zaproszeni goście.

Jednocześnie z uroczystością odsłonięcia tablicy pamiątkowej nastąpiło otwarcie niezwykle interesującej wystawy, obrazującej współzawodnictwo pracy między dwoma Szpitalami dla psychicznie chorych: w Tworkach i Kobierzynie. W kilku salach zgrupowano wykresy i tablice ilustrujące wyniki współzawodnictwa oraz cenniejsze prace pacjentów. Liczne fotografie zapoznają zwiedzających z pracami wykonanymi przez chorych w dziale ogrodnictwa i gospodarstwa domowego. Widzimy więc chorych przy kopaniu ziemniaków, przy pracy w inspektach, urządzaniu kwietników i tuczeniu trzody chlewnej. Jeden z pacjentów wykonał makietę Szpitala w Tworkach i otaczającego terenu, a więc budynków gospodarczych administracyjnych i parku.

KIERUJEMY SIĘ ZASADAMI MARKSIZMU — LENINIZMU

Z przemówienia Wiceministra Zdrowia dr. B. Kożusznika

Za podstawowy obowiązek i zadanie Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia uważam pełne i całkowite zmobilizowanie rąk i mózgów pracowników Służby Zdrowia dla pełnej realizacji tych zagadnień i tych obowiązków, jakie stoją przed służbą zdrowia w związku z wykonaniem planu sześcioletniego.

„Podstawą wzrostu dobrobytu materialnego i kultury mas pracujących w nowych warunkach naszego ustroju społecznego i władzy ludowej jest wzrost produkcji" — mówił tow. Prezydent w przemówieniu powitalnym na Kongresie Związków Zawodowych dnia 1.6.1949 r.

Wzrost produkcji decyduje o dobrobycie materialnym i kulturalnym narodu. Najważniejszym ogniwem w procesie produkcji jest człowiek. Na podstawie obliczeń straty w produkcji z powodu opuszczania pracy z przyczyn chorobowych lub nieszczęśliwych wypadków w naszych warunkach średnio wynoszą od 300 zł — 600 zł na godzinę na jednego robotnika. Czasowa lub trwała strata człowieka pracy w procesie produkcyjnym, spowodowana częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku — to strata milionów złotych.

Zadaniem bojowym pracowników służby zdrowia w okresie planu sześcioletniego jest zapewnienie klasie pracującej — budowniczym socjalizmu w mieście i na wsi — sprawnej i właściwej ochrony zdrowia. Związek Zawodowy musi czuć się odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie placówek otwartej i zamkniętej pomocy w zakresie potrzeb zdrowia, które zabezpieczają sprawne funcjonowanie zakładów pracy służby zdrowia — musi stać się pełnoprawnym gospodarzem w instytucjach Służby Zdrowia.

Ruch współzawodnictwa, racjonalizatorstwa i nowatorstwa przynosi w poszczególnych gałęziach przemysłu miliony — setki milionów oszczędności rocznie naszemu przemysłowi. Uczestnicy współzawodnictwa, racjonalizatorstwa i nowatorstwa to szczególnie cenni ludzie dla rozwoju naszej gospodarki narodowej.

Współzawodnictwo, racjonalizatorstwo i nowatorstwo w rzeczywistości jest motorem przy pomocy, którego klasa robotnicza będzie mogła budować całe nasze życie gospodarcze, kulturalne i społeczne na zasadzie socjalizmu. Ludzie, biorący udział w tym ruchu zasługują na szczególną opiekę i w związku z tym trzeba zapewnić im pełną i całkowitą ochronę zdrowia i zwrócić na nich szczególną uwagę.

Obowiązki i zadania jakie ma służba zdrowia wobec klasy pracującej są olbrzymie i trudne, ale zarazem zaszczytne. Można je zrealizować jedynie przy maksymalnym wysiłku wszystkich tych czynników, które się składają na sprawne funkcjonowanie służby zdrowia. Społeczna służba zdrowia rozpoczęła walkę o zapewnienie właściwej ochrony zdrowia budowniczym socjalizmu w mieście i na wsi. Walkę tę trzeba przeprowadzić bezkompromisowo, konsekwentnie i do końca. Wygramy ją przy wspólnym rozwiązywaniu zagadnień, które przed nami stoją. Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia ma szczególnie ważną rolę do spełnienia.

Drugie zagadnienie w naszej wspólnej pracy to zagadnienie poziomu ideologicznego pracowników służby zdrowia.

Trzeba przeszkolić stare kadry i wychować nowe w duchu marksizmu - leninizmu — uzbroić je w oręż do walki klasowej, bo to jedynie zapewni i da gwarancję budowania służby zdrowia na zasadach socjalizmu. Można to zrobić przez przeprowadzenie ofensywy kulturalno - oświatowej na szeroką skalę. W tej ofensywie ideologicznej oprócz kursów przeszkalania dużą rolę powinna odegrać prasa. Tygodnik pracowników służby zdrowia — czasopismo „Służba Zdrowia'', moim zdaniem, może i powinien odegrać jedną z czołowych ról w dziedzinie ofensywy kulturalno-oświatowej oraz akcji uświadamiającej i wychowawczej.

Naszym zadaniem jest walka o zdrowie. Doświadczenie uczy, że socjalizm to zdrowie. Kapitalizm — to głód, nędza i choroby. W walce o zwycięstwo socjalizmu nie może zabraknąć pracowników służby zdrowia.

Jesteśmy w tej szczęśliwej sytuacji, że w walce tej korzystać możemy z przebogatych i niewyczerpanych wzorów budownictwa socjalistycznego Związku Radzieckiego — pierwszego na świecie państwa ludzi pracy.

Przeprowadzenie ofensywy kulturalno-oświatowej, podniesienie politycznego uświadomienia to wielkie zadanie Związku Zawodowego. Realizacja tego postulatu ułatwi pracownikom rozwiązywanie tych problemów, tych zagadnień, które stawia przed nimi okres budownictwa socjalizmu.

Kierując się zasadami marksizmu, leninizmu, potraficie rozwiązywać najbardziej zawiłe i skomplikowane problemy, które przed wami stawia życie w tym historycznym okresie.

NAPRAWIMY BŁĘDY

Z przemówienia Przewodniczącego ZZPSZ dr Alfreda Fiderkiewicza

Zebraliśmy się dzisiaj, ażeby podsumować nasze osiągnięcia i niedociągnięcia, ażeby przeanalizować sytuację polityczną, naszą działalność,, ażeby naprawić błędy drogą krytyki i samokrytyki, nakreślić wytyczne naszej pracy: w dziedzinie zawodowej, ideologicznej i społecznej. Na czoło zagadnień wysuwa się dziś walka o pokój i konieczność zwiększenia czujności bojowej w związku z zaostrzeniem się walki klasowej.

Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia oprócz zadań w dziedzinie lecznictwa ma te same zadania polityczne, które wypływają z uchwał Kongresu Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej i II Kongresu Związków Zawodowych oraz z uchwał III Plenum KC PZPR jako też III Plenum CRZZ.

W przeciwieństwie do ustroju kapitalistycznego, w Polsce Ludowej Związki Zawodowe są zorganizowaną klasą, współpracującą w państwie dla dobra narodu i klasy robotniczej. W budowie Polski Ludowej, Związki Zawodowe mają olbrzymią rolę do wykonania w państwie i w miejscu pracy.

Związki Zawodowe w Polsce to trzy i pół miliona zorganizowanych sił mas pracujących. Linią przewodnią dla szerokich mas ludu pracującego w Polsce, to wytyczne Kongresu Jedności PZPR w walce o Polskę Ludową i socjalizm w myśl nauk Marksa, Engelsa, Lenina, Stalina w oparciu o doświadczenia i siły Związku Radzieckiego.

Wchodzimy w okres 6-letniego planu, toteż najważniejszym naszym zadaniem będzie zaznajomienie się z przygotowywanym planem i rozpracowaniem wytycznych dla naszego Związku.

Wiemy, że kadry lekarskie i pielęgniarskie są za małe, ażeby zaspokoić mogły potrzeby kraju, jednak doświadczenie kilkumiesięczne wykazało, że o wiele więcej można wykonać i bardziej usprawnić lecznictwo dzięki dobrej organizacji, właściwemu podejściu do pracownika i zastosowaniu Socjalistycznego Współzawodnictwa Pracy.

Raporty współzawodnictwa wykazują, że wykonano wiele remontów budynków, powstały nowe świetlice i czytelnie, zaoszczędzono na świetle i opale, zużyto o wiele mniej materiałów opatrunkowych i leków bez szkody dla pacjenta. Współzawodnictwo przyczyniło się do usprawnienia pracy przez nowatorstwo i racjonalizatorstwo w służbie zdrowia. W dużym stopniu polepszył się stan sanitarny szpitali, poprawiła się czystość ścian i podłóg. Znacznie poprawił się także stosunek pracownika do pacjenta.

Z dniem 15 grudnia zakończył się II etap współzawodnictwa i należy spodziewać się lepszych rezultatów; dotychczasowe sprawozdania wykazują, że w II etapie współzawodnictwo objęło więcej zakładów pracy i udział współzawodniczących przekroczył 50 tysięcy.

Znacznie usprawnił się dział kulturalno - oświatowy. Zwiększyła się liczba świetlic, a szkolenie objęło 1200 członków. Nie jesteśmy zadowoleni jeszcze z dotychczasowych osiągnięć, ale początek, wykazuje, że dzięki zwiększonym wysiłkom Zarządu Głównego, Oddziałów i Kół, można działalność naszą rozszerzyć i usprawnić.

Trzeba rozszerzyć szkolenie przy zakładach pracy w swoich świetlicach i pogłębiać swoje wiadomości polityczne i ideologiczne.

Nie ma socjalizmu w nieoświeconym społeczeństwie. Należy otoczyć opieką i wciągnąć do pracy i szkolenia kobiety i młodzież, pracującą w służbie zdrowia.

Ludzie przygotowani zawodowo i politycznie muszą stać się bardziej aktywni i wciągać do pracy szerokie masy współtowarzyszy. Należy wyrabiać w sobie nowy stosunek do pracy i do człowieka.

Szczególną opieką należy otaczać robotników rolnych, małorolnych i średniorolnych chłopów.

Dotychczasowa doraźna pomoc lekarska naszych pracowników służby zdrowia i wyjazdy na wieś ekip lekarskich spotkały się z pełnym uznaniem w masach chłopskich. Wyjazdy na wieś wykazały jak bardzo były potrzebne porady, zabiegi lekarskie i dentystyczne, ale dały również obraz, jak strasznie była zaniedbana wieś przez rządy burżuazyjno-sanacyjne.

Przy każdej wyjazdowej ekipie należy organizować odczyty popularne o podstawowych zagadnieniach higieny i opieki nad matką i dzieckiem. Zwrócić uwagę szczególną na dzieci, jak one żyją, jakie mają warunki i jaki jest ich stan zdrowotny.

Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, organizuje pomoc położniczą dla wsi i chce rozwiązać ten ważny problem w jak najkrótszym czasie. Przez pracę na wsi umacniamy sojusz robotniczo-chłopski.

Mieliśmy i jeszcze mamy duże trudności z wciągnięciem do aktywnej pracy naszych kadr lekarskich i pielęgniarskich, ale w ostatnich miesiącach coraz więcej interesują się one życiem związkowym.

Praca społeczna w swoim Kole związkowym to nie tylko obowiązek służący dobru państwa, ale także udział w kształtowaniu się życia społecznego w zakładzie pracy i troska o poprawę swego bytu.

Nasi pracownicy powinni wpływać na psychikę swojego pacjenta, podtrzymywać go nadzieją wyzdrowienia i powrotu do pracy.

Rekonwalescentom należy dawać dobrą, współczesną, aktualną lekturę do czytania, tam gdzie nie ma chorób zakaźnych zapraszać do świetlic i pozwolić im korzystać z możliwości kulturalnych, jakie są w zakładzie. Niech chory wychodzi ze szpitala zdrowy i uświadomiony.

Związkowiec, pracownik służby zdrowia nie może ograniczyć się do pracy tylko w swoim zakładzie pracy, ale jako robotnik musi także trzymać rękę na pulsie życia społecznego i razem z innymi związkami i PZPR brać pełny solidarny i aktywny udział nad budową zrębów ustroju socjalistycznego.

W Polsce żeruje dużo wrogów demokracji ludowej, walka z reakcją zaostrza się, starzy dwójkarze z okresu sanacji nie śpią. Musimy przeciwstawić się im całą naszą siłą, eliminować wroga i demaskować podżegaczy wojennych współpracujących ze zdrajcami zagranicznymi.

Należy pamiętać, że jeżeli wrogowi coś się udaje to tylko dlatego, że jesteśmy za mało czujni, liczy on na naszą słabość, naiwność lub małe zainteresowanie tym co się wokół nas dzieje.

Ażeby przeciwstawić się wrogowi, należy w swoich oddziałach i Kołach przeprowadzić krytykę i samokrytykę i wyciągnąć wnioski, zmierzające do podniesienia czujności rewolucyjnej i wprowadzenia wyższego stylu pracy związkowej.

W celu podniesienia stylu pracy na wyższy poziom należy zalecić stosowanie krytyki i samokrytyki z jednoczesnym zwróceniem uwagi, że krytyka powinna być rzeczowa, aby przez analizę błędów, szukanie jej najgłębszych źródeł i przyczyn błędów, znalezienie odpowiednich środków zaradczych — zwalczać nieróbstwo i niechlujstwo pracy.

Związać wszystkich pracowników służby zdrowia z żywotnymi potrzebami i zagadnieniami w zakładzie pracy, w celu rozwiązania wszelkich problemów, które nasuwają się w związku z rozbudową i upowszechnieniem lecznictwa.

Umasowić udział pracowników służby zdrowia w rozwiązywaniu zagadnień gospodarczych w zakładach leczniczych przez wprowadzenie narad gospodarczo-usługowych.

Wzmóc akcję współzawodnictwa pracy, indywidualnego i zespołowego, jako podstawowych form socjalistycznego współzawodnictwa, a przechodząc do wyższych form zrealizować przed terminem 6-letni plan socjalistycznej służby zdrowia.

Pogłębić pracę kulturalno-oświatową, samokształcenia, ożywić świetlice i organizować wykłady na tematy naukowe, społeczne i polityczne.

Pogłębić przyjaźń ze Związkiem Radzieckim przez zaznajomienie się z osiągnięciami Związku Radzieckiego we wszystkich dziedzinach, a szczególnie na odcinku służby zdrowia jak również zorganizować jak najszerzej kursy języka rosyjskiego, rozwinąć walkę o pokój oraz demaskować i zwalczać wszelkie zakusy wrogów, podżegających do wojny.

Przyswajając sobie uchwały III Plenum KC PZPR, Biura Informacyjnego i III Plenum CRZZ, wzmocnimy swoją czujność wobec wroga zewnętrznego i wewnętrznego, a rozpracowując zadania Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia na naszym dzisiejszym Plenum na pewno przyczynimy się do oczyszczenia szkodliwej atmosfery, która przeszkadza w konstruktywnej pracy, w budowie fundamentów socjalizmu w Polsce.

Z kraju

PAŃSTWO PRZEJMUJE SZKOŁY PIELĘGNIARSKIE

Nr 83 Monitora Polskiego podaje uchwałę Rady Ministrów z dn. 24. X. 1949 w sprawie przejęcia na własność Państwa szkół pielęgniarstwa, położnych i piastunek. Uchwała ta opiera się na ustawie z dn. 28 października 1948 o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia.

Na własność Państwa przechodzą nieodpłatnie szkoły pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Poznaniu, Łodzi, Wrocławiu, Szczecinie i Nowym Sączu, Szkoły ZUS-u w Siemianowicach i Wrocławiu, wszystkie szkoły miejskie, samorządowe, i prywatne.

Uchwała weszła w życie z dniem jej ogłoszenia tj. 10 listopada ub. r., a Ministerstwo Zdrowia przejęło wszystkie szkoły w ciągu grudnia 1949.

ŁÓDŹ

Dnia 17 grudnia 49 r. na walnym zebraniu pielęgniarek miasta Łodzi, zwołanym dla uczczenia 70-tej rocznicy urodzin Generalissimusa J. Stalina zebrane uchwaliły rezolucję o 8 godzinnym dniu pracy w lecznictwie otwartym, aby w ten sposób przyczynić się do polepszenia opieki zdrowotnej nad światem pracy.

***

W dniach 17 i 18 grudnia odbył się w Łodzi Państwowy Egzamin Pielęgniarski, który zdało z wynikiem pomyślnym 57 koleżanek. Należy podkreślić, że egzamin ten odznaczył się wśród dotychczas przeprowadzonych najlepszym poziomem wiadomości zarówno praktycznych jak i teoretycznych. Dnia 2. I. 50 odbyło się uroczyste rozdanie świadectw z udziałem przedstawicieli Zarządu Miejskiego, Miejskiego Komitetu PZPR, Oddziału Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia i instytucji w których pracują absolwentki.

***

W ciągu roku 1949 w prawie wszystkich szpitalach miejskich, oraz w szpitalu Ubezp. Społecznej zostały przeprowadzone kursy doszkoleniowe dla personelu średniego i porządkowego. Kursy były prowadzone według programu Ministerstwa Zdrowia. Niektóre szpitale, jak

Szpital Miejski nr 8 i nr 9 wykazały w przeprowadzaniu kursów, dużo inicjatywy własnej i rozszerzyły program szkolenia. Kursy doszkoleniowe spotykają się z wielkim zainteresowaniem wśród personelu, który chętnie i licznie uczęszcza na wykłady.

* * *

W listopadzie i grudniu 49 r. przeprowadzony został pierwszy kurs doszkoleniowy dla pielęgniarek zatrudnionych w przemyśle. Program kursu obejmował: 1) Organizację pracy pielęgniarki fabrycznej, 2) Organizację pierwszej pomocy w zakładzie pracy, 3) Pomoc przy badaniach lekarskich, 4) Zagadnienia sanitarne w zakładzie pracy (kuchnia, stołówka, szatnia, umywalnie, ustępy itp), 5) Higienę warsztatu pracy, 6) Choroby zawodowe, 7) Podstawowe zagadnienia bezpieczeństwa pracy, 8) Ustawodawstwo pracy, 9) Naukę o Polsce Współczesnej — łącznie 44 godzin.

W roku bieżącym projektowane są dalsze kursy z tego zakresu oraz okresowe odprawy pielęgniarek przemysłowych. W organizacji kursu referat szkoleniowy Wydziału Zdrowia współpracował z Polikliniką Chorób Zawodowych i referatem higieny i bezpieczeństwa pracy.

M. M.

NOWA SZKOŁA PIELĘGNIARSTWA

Przy Państwowym Szpitalu dla Psychicznie Chorych w Kobierzynie powstała nowa szkoła pielęgniarstwa, która obok ogólnego przygotowania do zawodu pielęgniarskiego, specjalniecjalnie uwzględnia pielęgnowanie i opiekę nad umysłowo chorymi.

Warunki przyjęcia i czas trwania kursu są takie same jak w innych szkołach pielęgniarstwa. Kurs pierwszy rozpoczął się jesienią r. ub., następny zaś rozpocznie się 1 lutego rb.

Witamy z radością nową szkołę, która przygotuje pielęgniarki do pracy na tak ważnym, a dotychczas zaniedbanym odcinku pracy pielęgniarskiej.

PRZECIWGRUŹLICZA AKCJA PROFILAKTYCZNA

Począwszy od 1 stycznia 1950 r. Wojewódzkie Centralne Poradnie Przeciwgruźlicze będą jedyną instancją uprawnioną do kierowania dzieci do prewentoriów na wniosek lekarzy terenowych, poradni przeciwgruźliczych, lekarzy Ośrodków Zdrowia lub lekarzy-pediatrów Ubezpieczalni Społecznych.

Dla dzieci ubezpieczonych zarezerwowano dwa prewentoria ZUS (w Ryjewie i Sokołówce), a ponadto przyznano im stały kontyngent miejsc w innych prewentoriach. Centralne Poradnie Przeciwgruźlicze będą kierować zakwalifikowane wnioski do poszczególnych prewentoriów, te zaś zawiadomią Ubezpieczalnie o terminie rozpoczęcia leczenia dziecka.

Dzieci przebywają w prewentoriach 3 miesiące, a koszt ich pobytu, leczenia i podróży pokrywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Od 1 stycznia 1950 roku lecznictwo prewentoryjne zostanie scalone w Wojewódzkich Centralnych Poradniach Przeciwgruźliczych, co pozwoli na rozdział wszystkich miejsc w prewentoriach między dzieci najbardziej potrzebujące tego rodzaju leczenia. Ubezpieczalnie Społeczne zajmować się będą techniczną organizacją wyjazdu dzieci na leczenie i będą działać jako łącznik między rodzicami dziecka a Poradniami Wojewódzkimi.

Wczasy na nartach

Fundusz Wczasów Pracowniczych w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Tatrzańskim organizuje specjalne wczasy na nartach. Schroniska „Samotnia" nad Bierutowicami i „Odrodzenie" na przełęczy karkonoskiej będą bazami wypadowymi na wycieczki. Oba te schroniska, skanalizowane i zelektryfikowane, sąsiadują z doskonałymi terenami narciarskimi, i są wyposażone w sprzęt techniczny, a więc wczasowicze będą mogli na miejscu wypożyczyć narty i buty. Dla początkujących narciarzy będą organizowane kursy.

Początki turnusów rozpoczynają się 15 stycznia, 1 i 15 lutego, 1 i 15 marca rb.

Opłata wynosi jak za normalne skierowanie na wczasy. Skierowania wydają w Warszawie Rada Związków Zawodowych — Nowy Zjazd 1, w Łodzi Okręgowa Rada Związków Zawodowych ul. Traugutta 18, w Katowicach, ul. Dworcowa 9, w Krakowie, Rynek.

Starając się o otrzymanie skierowania należy przedłożyć zaświadczenie pracodawcy o udzielonym urlopie i wysokości uposażenia, zaświadczenie lekarskie i legitymację związkową.

Przypominamy, że wszyscy członkowie związków zawodowych udający się na wczasy mają prawo do 70% zniżki na przejazdy kolejowe „tam i z powrotem", na podstawie zaświadczeń wydanych przez rady zakładowe, koła lub oddziały związkowe. Ze zniżki kolejowej nie mogą korzystać rodziny członków związków.

Z zagranicy

ZSRR

Pielęgniarki pracujące w przychodniach przed połączeniem opieki otwartej ze szpitalem, nie miały możności uzupełniania swych wiadomości i powoli zatracały sprawność wykonywania zabiegów przy chorych oraz możność zaznajamiania się z nowymi metodami leczenia. Okresowe konferencje pielęgniarek nie mogły uzupełnić tych braków.

Obecnie, po przeprowadzeniu reformy połączenia lecznictwa zamkniętego z otwartym, pielęgniarki pracują jednocześnie w szpitalu i przychodniach. Rano biorą udział w konferencjach, które, — można powiedzieć, — są szkołą wychowania kadr. Oprócz sprawozdania z prac wykonanych dnia poprzedniego i wykazu liczby chorych przyjętych i wypisanych, omawiane są ważniejsze zagadnienia szpitalne.

Po rannej konferencji wszystkie pielęgniarki biorą udział w obchodzie chorych z ordynatorem a następnie wykonują zabiegi zlecone; po południu kolejno pracują w przychodni utrzymując w ten sposób stały kontakt ze swymi pacjentami przed lub po ich wyjściu ze szpitala.

Na zasadzie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia ZSRR z r. 1949 „O poprawie przygotowania pielęgniarek dla zakładów lecznictwa dziecięcego" stworzono 3-letnie szkoły przygotowujące pielęgniarki do pracy w zakładach leczniczych dla dzieci w szkołach tego typu. Oprócz przedmiotów wykładanych w szkołach pielęgniarstwa, uczennice przechodzą kurs nauki z przedmiotów ogólnokształcących jak fizyka, chemia, historia, literatura, Specjalnie uwzględniono także anatomo-fizjologiczne cechy organizmu dziecięcego oraz cykl wykładów pedagogii. Po ukończeniu szkoły, absolwentki mają prawo wstępowania na wyższe uczelnie bez egzaminu wstępnego.

Na zasadzie tego samego rozporządzenia od 1. I. 1950 r. zostają uruchomione 1-roczne kursy dokształcające dla pielęgniarek, nie posiadających specjalnego przygotowania do pracy w zakładach leczniczych dla dzieci, ani też ukończonej szkoły pielęgniarstwa. W ciągu 10 miesięcy słuchaczki przejdą kurs, pracując jednocześnie w swoim zawodzie. Na 2 ostatnie miesiące będą zwolnione z pracy z zachowaniem uposażenia i w tym okresie odbędą praktykę w zakładach leczniczych i złożą egzamin państwowy. Ukończenie kursu daje uprawnienia absolwentek 2-letnich szkół pielęgniarstwa

Istniejące w Związku Radzieckim studia filmowe opracowują krótkometrażówki naukowe z najnowszych osiągnięć medycyny. Ostatnio reżyser I. W. Graczow na zasadzie prac Instytutu Oftalmologicznego opracował dwa filmy naukowe o przeszczepianiu rogówki metodą Fiłatowa oraz o jaskrze.

Oba te filmy są wyświetlane w szkołach medycznych wyższych oraz średnich i plastycznie przedstawiają osiągnięcia z dziedziny chorób oczu oraz zaznajamiają z techniką wykonania tak subtelnego zabiegu, jakim jest przeszczepienie rogówki.

Lekarz N. M. Titarenko w sanatorium przeciwgruźliczym im. Kalinina skonstruował aparat ssąco-tłoczący, który zastosować można zarówno do płynów jak i gazów. Aparat ten z powodzeniem może zastąpić aparat Bobrowa, Potain'a i inne. Używany jest do wypuszczania płynu wysiękowego w zapaleniu opłucnej, do przemywania jamy opłucnej przy ropnych zapaleniach opłucnej, do podskórnych wlewek roztworu soli fizjologicznej, wypuszczania płynów z różnych jam i zatok ustrojowych, wypompowywania powietrza w przypadku odmy samoistnej itp. Aparat ten można także używać do wprowadzania kontrastu (teragnostu) przy prześwitelaniu woreczka żółciowego, do przemywania pęcherza moczowego przy zabiegach urologicznych itp.

Aparat Titarenki jest prosty w użyciu, lekki, więc łatwy do przenoszenia, o bardzo prostej konstrukcji, jego sterylizacja nie sprawia trudności i według opinii lekarzy Sanatorium „Wysokie Góry", gdzie jest stosowany, jest nieoceniony i niezastąpiony.

Laureat Nagrody Stalinowskiej prof. I. J. Pastowski już kilka lat temu otrzymał syntetycznie preparat — pochodną kumeriny, nazwany dikumarel lub dikumerina — w świerdłowskim oddziale Wszechzwiązkowego Naukowo-Badawczego Instytutu Chemiczno - Farmaceutycznego. Preparat ten po raz pierwszy wypróbowany został w wypadku skrzepu naczyń wieńcowych, przy czym przekonano się o jego skuteczności. Środek ten stosowany jest z powodzeniem również przy leczeniu zakrzepowego zapalenia żył i w zapobieganiu tworzeniu się skrzepów po poważniejszych operacjach.

Do ostatnich czasów w wypadkach skrzepów w naczyniach krwionośnych, lekarze ograniczali się do wyczekującej, objawowej terapii, która sprowadzała się do wytwarzania warunków umożliwiających zlokalizowanie skrzepu. Ciężki stan chorego i nieuchronnie przy tym rozwijające się porażenia różnych narządów, jak np. serca w razie zatorowania skrzepem krwionośnych naczyń wieńcowych lub mózgu — przy skrzepach w tętnicach mózgowych, zmusiły świat lekarski do szukania środków zapobiegających tworzeniu się skrzepów. Najprostszym, najłatwiejszym do stosowania i najbardziej skutecznym środkiem okazał się właśnie d i k u m a r o l.

I. J. Postowski twierdzi, że istnieją wszelkie możliwości do zorganizowania produkcji omawianego preparatu według wypracowanej przez niego metody. W interesie ciężko chorych, cierpiących na schorzenia układu krwionośnego, które wymagają czynnej interwencji, niezbędne jest natychmiastowe zorganizowanie produkcji dikumarolu i wprowadzenie tego cennego preparatu do szerokiej praktyki lekarskiej w ZSRR.

List z Czechosłowacji

Starsza pielęgniarka szpitala w Kładnie, Maria Budinkowa, nasza czeska koleżanka, serdecznie wspomina w swym liście chwile spędzone z pielęgniarkami polskimi, Stanisławą Sarnecką i Nonną Łyżwańską, które gościła u siebie.



Z okazji wizyty delegacji polskiej Służby Zdrowia, z Ministrem Michejdą na czele, opisuje ona jak serdecznie czeska Służba Zdrowia podejmowała polskich gości, jak wszyscy starali się udostępnić delegacji polskiej najlepszej możliwości zwiedzenia zakładów służby zdrowia: szpitali, sanatoriów, „domów lidowych" (równoznaczne z naszymi ośrodkami zdrowia), uzdrowisk oraz urządzeń zdrowotnych w przemyśle.

Na odcinku pielęgniarskim w Czechosłowacji odczuwa się nadal duży brak sił fachowych, mimo, że szkolnictwo pracuje bardzo intensywnie. Stała rozbudowa lecznictwa otwartego i zamkniętego, powstawanie nowych zakładów służby zdrowia wymaga zwiększenia kadr personelu średniego prawie 3-krotnie. Poza tym bardzo odczuwany jest w Czechach brak personelu instruktorskiego w zakresie pielęgniarstwa zarówno w szkołach jak i na kursach.



Czeskie pielęgniarki gorąco pragną nawiązać bliższy kontakt i wymianę doświadczeń z pielęgniarkami polskimi. Proponują one ustalić pewną liczbę pielęgniarek, które chciałyby pracować w czechosłowackich zakładach służby zdrowia z tym, że ich miejsce w polskich zakładach służby zdrowia zajęłyby na ten czas pielęgniarki czeskie. Projekty te opierają Czeszki na analogicznej wymianie studentów w liczbie 100 osób, zaprojektowanej podczas ostatniego pobytu delegacji polskiej w Czechosłowacji.

Kol. Budinkowa w imieniu swoich koleżanek prosi o nadesłanie polskich pism fachowych z zakresu pielęgniarstwa, oraz wyraża nadzieję, że po zorganizowaniu wymiany będzie mogła zwiedzić Warszawę i podziwiać tempo i rozmach budowy, o której dużo i z podziwem mówi się w Czechach.

Pielęgniarki czeskie pragną poznać polskie szkoły pielęgniarstwa (programy i wykonanie) oraz nasze prace związkowe w zakresie doszkalania i racjonalizacji pracy.

USA

W kilku szpitalach dla chronicznie chorych w **USA** praktykuje się specjalną metodę leczenia i zapobiegania odleżynom. Polega ona na stosowaniu... sosnowych trocin. Metoda ta nie jest zbyt rozpowszechniona, gdyż zarówno pacjenci, jak i personel szpitalny odnoszą się do niej z niedowierzaniem. Jednak 20-letnie doświadczenie jednego ze szpitali wykazało że ten system leczenia daje rezultaty doskonałe. Zamiast łóżka, używa się drewnianą skrzynię długości 2 m, szerokości 90 cm i głębokości 38—40 cm. Skrzynia ta ma oparcia u wezgłowia i w nogach, jak zwykłe łóżka, spoczywa na niskich nóżkach. Skrzynię wypełnia warstwa przesianych trocin, grubości około 20 cm. Wewnętrzne ściany skrzyni, aby uchronić chorego od uderzania się zabezpieczone są poduszeczkami lub kocem. U wezgłowia układa się poduszki, a w nogach, poczynając od kolan — prześcieradło. Część środkowa nie jest niczym przykryta. Chory w koszuli rozciętej z tyłu leży bezpośrednio na trocinach. Jeśli odleżyny już istnieją — nie stosuje się żadnych środków leczniczych, ani opatrunków i otwarta rana dotyka trocin — bezpośrednio.

Zadawnione odleżyny goją się wspaniale, a nowe nawet u osób skłonnych do odleżyn, nie występują. Przy tym stosuje się też ogólne zabiegi mające zapobiegać odleżynom, a więc zmywanie ciała wodą z mydłem, nacieranie spirytusem, talkowanie itp. Trociny należy codziennie poruszać i w razie potrzeby zmieniać. Chorzy mogą się swobodnie obracać, bo miękkie trociny układają się odpowiednio do wypukłości ciała. Niektórzy chorzy twierdzą nawet, że łóżko trocinowe jest dużo miększe i wygodniejsze od zwykłego z materacami.

Ważne jest w tej metodzie rozwiązanie zagadnienia a s e p t y k i. Trociny nie są wyjaławiane, ale pamiętać trzeba, że w czasie piłowania wytwarza się znaczne ciepło, dalej że wnętrze drzewa jest niedostępne dla bakterii, zaś zbieranie i przewożenie trocin odbywa się w jak najbardziej higienicznych warunkach.

Trociny, zwłaszcza sosnowe, posiadają właściwości lecznicze dzięki zawartości terpentyny, żywicy i olejków balsamicznych, tych samych, jakich używa się w leczeniu owrzodzeń i chorób skórnych. Trociny są miękkie, elastyczne, doskonale chłonią płyny i działają wybitnie odwaniająco. Powodują one również delikatne tarcie, co pobudza krążenie krwi.

Łóżka trocinowe oddają usługi chorym sparaliżowanym, z przetokami odbytnicy, przewlekłym zapaleniem pęcherza moczowego i rozległymi odleżynami, powstałymi z różnych przyczyn.

Reasumując dodatnie strony „łóżek trocinowych" można powiedzieć, że: 1) działają leczniczo i zapobiegawczo na odleżyny, 2) są wygodne i pacjenci przekładają je często ponad zwykłe łóżka, 3) oszczędzają bieliznę i materiał opatrunkowy, 4) oszczędzają czas i pracę pielęgniarek, 5) są tanie i mogą mieć zastosowanie w domach prywatnych.

Ujemną stroną „łóżek trocinowych" jest ich mało estetyczny wygląd i uprzedzenie, zarówno pacjentów jak i personelu szpitalnego, do tak prymitywnego środka zapobiegawczo-leczniczego. Jednak wyniki dotychczasowej praktyki zasługują na uwagę i na bliższe naukowe zbadanie leczniczych właściwości tej metody.

W SZKOLE I NA KURSIE

We wszystkich Szkołach Pielęgniarstwa i w Ośrodkach Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK obchodzono uroczyście, jak to czyniła cała postępowa ludzkość, dzień 70-lecia urodzin Wodza mas pracujących świata, Józefa Stalina.

W zbiorowych listach pisanych w tym dniu do Józefa Stalina przez uczennice Szkół Pielęgniarstwa i Ośr. Szk. M. P. wyczytać można ile miłości i zaufania żywi dla genialnego Wodza nowe polskie pokolenie.

Niektóre z tych listów zamieszczamy:

DO GENERALISSIMUSA JÓZEFA STALINA

My, słuchaczki Kursu Młodszych Pielęgniarek Polskiego Czerwonego Krzyża w Zielonej Górze, zasyłamy Ci, Wielki Wodzu Światowego Obozu Pokoju i Postępu, w 70 rocznicę Twych urodzin przyrzeczenie, że twardo stać będziemy w walce o socjalizm, w walce o podniesienie bytu mas pracujących, w walce o stan zdrowotny wszystkich ludzi.

My, przyszłe pielęgniarki rozumiemy, że jako córki proletariatu, możemy zdobyć wiedzę tylko dzięki zwycięstwu Wielkiej Rewolucji Październikowej oraz pomocy Związku Radzieckiego, który pod Twoim przewodnictwem prowadzi narody do utrwalenia ustroju sprawiedliwości społecznej na całym świecie.

W dalszej naszej pracy przewodzić nam będą dzielne kobiety radzieckie, a wiedzę czerpać będziemy z nieprzebranej skarbnicy Twych nauk.

Zielona Góra

I Kurs Młodszych Pielęgniarek
(54 podpisy)

DO GENERALISSIMUSA JÓZEFA STALINA

W 70 rocznicę urodzin Wielkiego Wodza i Nauczyciela mas pracujących całego świata — Generalissimusa Józefa Stalina — kurs Młodszych Pielęgniarek przy Polskim Czerwonym Krzyżu w Ełku wraz z Kierownictwem — ślą życzenia długich lat życia dla dobra ludzkości i zapewniają, że przez dobre osiągnięcia w nauce przyczynią się do podniesiena stanu zdrowotności świata pracy.

Ełk

Kurs Młodszych Pielęgniarek

DO GENERALISSIMUSA JÓZEFA STALINA

My, słuchaczki I Kursu Młodszych Pielęgniarek Polskiego Czerwonego Krzyża w Krakowie, zebrane w dniu 16 grudnia 1949 r. na uroczystości wręczenia nam dyplomów — mamy zaszczyt złożyć Ci, Wielki Wodzu Związku Radzieckiego i Ostojo Pokoju, najgorętsze życzenia z okazji 70-lecia Twych Urodzin.

Jako dar składamy Ci przyrzeczenie: będziemy wiernie, sumiennie i wytrwale pracować dla nowej, odrodzonej Polski Ludowej, której niepodległość i nienaruszalność granic zapewniłeś Ty!

W zrozumieniu głębokich przemian społecznych, w pełni świadomości przyczynimy się, na powierzonych nam placówkach, do szybszego tempa budowy zrębów socjalizmu.

Kraków

Absolwentki I kursu Młodszych Pielęgniarek
(32 podpisy)

* * *

W dniu 16 grudnia 1949 roku zakończył się w Warszawie kurs, mający na celu przygotowanie pielęgniarek do objęcia stanowisk dyrektorek szkół pielęgniarstwa, wicedyrektorek do spraw społecznych oraz instruktorek.

W uroczystości zakończenia kursu wzięli udział Wiceminister Zdrowia, dr Jerzy Sztachelski, który w swym przemówieniu zaznaczył, że mając na uwadze konieczność dokształcania pielęgniarek, Ministerstwo Zdrowia stworzyło szkołę, która będzie przygotowywała pielęgniarki do zajmowania odpowiedzialnych stanowisk oraz przeszkalała w różnych działach pracy.

Wicedyrektorka Szkoły ob. Orska w obszernym sprawozdaniu przedstawiła prace kursu, trwającego od dnia 1 lipca ub. r.. Z pośród absolwentek kursu 3 pielęgniarki obejmują stanowiska dyrektorek szkół pielęgniarstwa, 4 — wicedyrektorek, 3 — kierowniczek szkół dla młodszych pielęgniarek, 2 — asystentek w szkołach, reszta zaś — instruktorek w szkołach, ośrodkach zdrowia itp.

Kurs ukończyły kol. kol.:

Ciapało Józefa
Cichecka Barbara
Czerska Ludwika
Drzewińska Wiesława
Jarzymska Janina
Jaszczyk Michalina
Kasprzykowska Anna
Kenig Barbara
Kwaśnik Józefa
Kwiczała Anna
Krzyszyłowicz Wacława
Mroczek Alicja
Piekut Elżbieta
Przybylska Danuta
Redzisz Janina
Runowicz Helena
Ścisłowska Ewa
Salamon Teodozja
Świąder Stefania
Swaracka Maria
Szarejko Elżbieta
Szwarnowska Zdzisława
Troczewska Helena
Weber Aleksandra
Urbanicka Barbara

Po części oficjalnej nastąpiła część artystyczna, na którą złożyły się deklamacje, śpiewy i muzyka z udziałem wybitnej artystki dramatycznej ob. Karoliny Lubieńskiej. Następnie Dyrekcja Szkoły i absolwentki kursu podejmowały gości podwieczorkiem.

W TROSCE O CZŁOWIEKA

Przemówienie wicedyrektorki Szkoły ob. ORSKIEJ na zakończenie kursu dla instruktorek, wygłoszone w dn. 16 grudnia 1949 r.

Wielki przywódca międzynarodowego proletariatu i narodów Związku Radzieckiego, Józef Stalin powiedział na Zjeździe WKP(b) w 1934 r.: **„Największym kapitałem jest człowiek. Troska o człowieka jest naszą największą troską".**

Troska o człowieka, to troska o jego zdrowie i szczęście, o dobrobyt i wysoką stopę życiową ludzi pracy.

W odróżnieniu od państw kapitalistycznych, głoszących wprawdzie bardzo wiele o „powszechnej" opiece lekarskiej i wolności w korzystaniu z tej opieki, a gdzie w rzeczywistości prawo do leczenia mają tylko ci, którzy posiadają pieniądze, w Związku Radzieckim wszyscy obywatele zarówno w mieście jak i na wsi, są objęci bezpłatną i rzeczywistą powszechną opieką zdrowotną. Zagadnienie organizacji służby zdrowia jest nierozerwalnie związane i wypływa z istoty ustroju społecznego tego państwa. Tylko w kraju socjalistycznym, gdzie największą troską jest troska o człowieka pracy możliwe jest roztoczenie powszechnej i bezpłatnej opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o średni personel służby zdrowia i szkolenie tego personelu, to Związek Radziecki tak, jak we wszystkich innych dziedzinach życia, dokonał na tym odcinku rewolucyjnego przełomu. Po raz pierwszy w dziejach pielęgniarstwa na świecie rozpoczęto tam masowe szkolenie pielęgniarek. Zburzono i odrzucono burżuazyjne teorie o rzekomej apolityczności zawodu pielęgniarskiego, o jego ponadklasowości i elitarności. Ujawniono i zdemaskowano cele, dla których burżuazja głosiła te fałszywe teorie, wykazano, że „apolityczność i ponadklasowość" to właśnie polityczne i klasowe odrywanie pielęgniarek od świata pracy i tworzenie z nich elity, która pracuje i służy wyłącznie klasom posiadającym.

Pielęgniarki radzieckie są ściśle związane z otaczającym je życiem społecznym, związane z klasą, z której wyszły i dla której pracują.

Pielęgniarki radzieckie świadome swoich zadań, świadome swoich obowiązków i odpowiedzialności za zdrowie i zdolność do pracy wszystkich obywateli biorą czynny udział w życiu społeczeństwa radzieckiego i wraz z nim budują komunizm w swojej ojczyźnie.

Realizując u nas ustrój socjalistyczny przebudowujemy służbę zdrowia, a w jej ramach szkolnictwo pielęgniarskie. Na inauguracji roku akademickiego w Akademii Lekarskiej w Zabrzu Prezydent, ob. Bolesław Bierut powiedział między innymi:

„Troska o zdrowie mas pracujących to jedno z ważniejszych zadań władzy ludowej, która jest wyrazicielką interesu i potrzeb mas ludowych. Rządy przedwrześniowe, jako rządy kapitalistów i obszarników mało dbały o zdrowie ludzi pracujących. Polska Ludowa musi otoczyć zdrowie swych obywateli, a w pierwszym rzędzie tych, którzy ciężko pracują, najwyższą troską. Droga do realizacji tych zadań prowadzi przez stworzenie warunków, w których człowiek pracy mógłby w całej pełni realizować przysługujące jemu i jego rodzinie prawo do leczenia. I na tym odcinku kadry decydują o wszystkim. Szkolenie nowych pracowników służby zdrowia na wszystkich szczeblach stanowi jedno z najważniejszych zadań służby zdrowia na obecnym etapie".

Słowa te winny być dla nas drogowskazem, odnoszą się one nie tylko do lekarzy, dotyczą one w równej mierze pielęgniarek. Szkolenie i wychowanie średniego personelu służby zdrowia w duchu postępu to zadanie ogromne, równie ważne jak szkolenie personelu wyższego.

Rząd nasz, doceniając to zagadnienie, uruchomił cały szereg szkół pielęgniarstwa, między innymi i naszą szkołę, która dostarczać będzie kadr instruktorskich, przeszkolonych i wychowanych w duchu prawdziwej demokracji. Zagadnienie to nabiera szczególnej wagi dzisiaj, w warunkach zaostrzającej się walki klasowej na każdym odcinku, a więc i w naszych szkołach i szpitalach. Na odcinku pielęgniarstwa walka ta przybiera szczególnie ostre i różnorodne formy. W szkołach, szpitalach, w Ubezpieczalni Społecznej i na wszystkich innych placówkach Służby Zdrowia walka ta istnieje i zaostrza się. Czasami wróg działa otwarcie i wtedy łatwiej z nim walczyć, ale częściej maskuje się, stara się w umiejętny wyrafinowany sposób pokryć swą krecią robotę różnymi pozorami, wtedy walka z nim jest trudna i wymaga prawdziwie proletariackiej, klasowej czujności. Naszym zadaniem jest wychowanie takich instruktorek i pielęgniarek, które będą tę walkę w całej ostrości widziały i oceniały, które potrafią zająć właściwe, klasowe stanowisko i wszędzie tam gdzie wróg działa — potrafią go dojrzeć i zwyciężyć.

Kurs, który kończymy dzisiaj był pierwszym kursem instruktorek w Polsce Ludowej i w ogóle w dziejach pielęgniarstwa polskiego. Pracujące dotychczas w szkołach instruktorki — to pielęgniarki, które po skończeniu szkoły chciały i mogły nauczać pielęgniarstwa. Nie przechodziły one żadnego przeszkolenia zawodowego, a tym bardziej społeczno-politycznego,

wiążącego je z masami pracującymi. Wprost przeciwnie, same wychowane w dawnych szkołach w duchu rzekomej apolityczności, przekonywane przez lata o elitarności zawodu pielęgniarskiego, celowo odrywane od życia społecznego i wszystkiego, co nurtowało świat pracy — oddziaływały w ten sam sposób na uczennice, pozostawione ich wychowaniu.

Tu należy szukać między innymi przyczyny, że wśród pielęgniarek bardziej niż w innych zawodach panuje jeszcze przekonanie, iż pielęgniarka niekoniecznie musi się wiązać z całokształtem życia społecznego, że spełniając sumiennie swoje obowiązki zawodowe, wypełnia już dostatecznie swój obowiązek obywatelski. Częstokroć zresztą ta sumienność w wypełnianiu obowiązków zawodowych, ta tak zwana „etyka pielęgniarska" jest rozumiana przez pielęgniarki źle i fałszywie, bo często jeszcze wiążą ją one ze specjalnym posłannictwem swojego zawodu z koniecznością oderwania się od życia zewnętrznego, z całkowitym zasklepieniem się w ciasnych ramach zawodu, z przekonaniem, że tylko głęboko wierząca i praktykująca katoliczka może być dobrą pielęgniarką itd., itd. Oczywista rzecz, że takie podejście pielęgniarki do pracy na swój wyraz w stosunku do chorych z jednej strony, z drugiej strony w stosunku do wszystkich przemian społecznych, politycznych i gospodarczych, jakie wprowadziła władza ludowa w Polsce.

Nie jest przypadkiem, że Szkoła Instruktorek, o której przez długie lata marzyły pielęgniarki polskie, została uruchomiona w Polsce Ludowej. Tak jak w każdym zawodzie, a może bardziej jeszcze niż w innych, na odcinku pielęgniarstwa zaistniała konieczność wychowania młodych postępowych kadr, które zerwawszy ze złymi tradycjami przeszłości, a ucząc się dobrych, będą w szkołach wychowywały pielęgniarki, córki robotników i chłopów i na tym odcinku służby zdrowia będą budowały socjalizm.

Zadaniem właśnie naszej szkoły jest wyszkolenie tych nowych kadr instruktorek, których zarówno oblicze polityczne, jak i poziom fachowy dadzą gwarancję właściwej pracy w szkołach. Czy zadanie to wypełniliśmy należycie na naszym pierwszym kursie?

Kurs rozpoczęło 30 słuchaczek, 5 z nich wróciło na swe dawne placówki pracy jeszcze w czasie trwania kursu. W ciągu 5 i ½ miesiąca wysłuchano ogółem 770 godzin wykładów, łącznie z seminariami i ćwiczeniami. Program kursu obejmował następujące przedmioty:

Podstawowe zagadnienia z ekonomii politycznej.

Podstawowe zagadnienia z historii międzynarodowego ruchu robotniczego.

Podstawowe zagadnienia z historii WKP(b).

Podstawowe zagadnienia z polskiego ruchu robotniczego.

Zagadnienia Polski Współczesnej.
Biologia.
Pedagogika i dydaktyka.
Pielęgniarstwo społeczne.
Metodyka pracy instruktorki społecznej.
Metodyka pracy instruktorki klasowej.
Zasady prowadzenia oddziału szkolnego.
Organizacja i administracja służby zdrowia.
Organizacja i administracja Szkoły Pielęgniarstwa.
Technika układania programu szkolnego.
Zasady prowadzenia internatu.
Budżetowanie i podstawowe zasady księgowości.
Zasady pielęgniarstwa,

oraz przeszło 3-tygodniowa praktyka, w tym 2 tygodnie obserwacji w szkołach, 5 dni na oddziałach szpitalnych i 5 dni w ośrodku zdrowia.

Do egzaminu końcowego przystąpiło 25 słuchaczek i tyleż otrzymało świadectwo ukończenia.

Spośród absolwentek 14 jest członkami PZPR, 4 członkami ZMP, reszta — bezpartyjne. Członkinie PZPR były na kursie zorganizowane wspólnie z uczennicami Szkoły Pielęgniarstwa ZZPSZ w Podstawowej Organizacji Partyjnej. Oprócz pracy w Podstawowej Organizacji Partyjnej i zajęć programowych, praca polityczno-wychowawcza była prowadzona po przez codzienne prasówki, referaty i dyskusje na aktualne tematy, wreszcie redagowanie gazetki ściennej.

Zarówno zajęcia programowe, jak i zajęcia wymienione wyżej miały na celu: wszechstronne przeszkolenie instruktorskie, udostępnienie słuchaczkom podstaw nauki marksizmu-leninizmu, nauczenie ich stosowania zasad tej nauki w pracy i w życiu codziennym, ideologiczne uzbrojenie ich przeciwko wrogom klasowym oraz wzbudzenie entuzjazmu do budowy socjalizmu na swoim odcinku pracy.

Z zagadnień fachowych słuchaczki powtórzyły podstawowe przedmioty ze szkół pielęgniarstwa, zapoznały się z całokształtem i metodami pracy instruktorek w szkole, z historią i podstawami nowoczesnej marksistowskiej pedagogiki i dydaktyki; poznały zagadnienia, jakie stoją dzisiaj przed szkolnictwem pielęgniarskim.

W ciągu niespełna 6 miesięcy niemożliwe jest całkowite opanowanie tak obszernego materiału, niemniej jednak dzisiejsze absolwentki są już świadome wagi tych zadań, jakie mają do wypełnienia, wiedzą jakie trudności i opory napotkają w swej przyszłej pracy.

Staraliśmy się dać na kursie ładunek entuzjazmu i zapału, który winien być bodźcem do przełamywania tych oporów, do rewolucyjnego wprowadzania zmian tam, gdzie tego istnieje potrzeba, do dalszej nieustannej pracy nad sobą. Tylko i jedynie stałe pogłębianie swych wiadomości zarówno politycznych, jak i społecznych, tylko ścisłe utrzymywanie stałego i głębokiego kontaktu z Partią, z ZMP, z organizacjami społecznymi, z całym życiem, którego jesteście i musicie być czynnymi budowniczymi — zapewni wam owocną pracę.

Jeśli ani na chwilę nie przestaniecie pracować nad sobą, jeśli nie poprzestaniecie na wiadomościach zdobytych na kursie a stale i systematycznie będziecie pogłębiać swą wiedzę i będziecie brać czynny udział w życiu społecznym, jeżeli potraficie przelać swój zapał i socjalistyczny stosunek do pracy na wychowanki — wówczas będziemy mogli z czystym sumieniem powiedzieć, że zadanie kursu zostało spełnione.

NOWE ABSOLWENTKI

W dniu 26 listopada 1949 roku w Szkole Pielęgniarstwa w Warszawie, przy ul. Wilczej 9 odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów pierwszemu zespołowi uczennic Szkoły.

Dyplomy otrzymały:



Arwaniti Halina
Bigosz Zofia
Chętkiewicz Mieczysława
Grządziela Emilia
Gwiadzko Maria
Jankowska Celina
Jóźwiak Cecylia
Jóźwiak Janina
Jurkowska Maria
Karaś Danuta
Karolak Teresa
Klepko Maria
Konopka Maria
Kotecka Ewa
Kulik Danuta
Maślana Danuta
Łucyk Jadwiga
Marconi Irena
Marzysz Stanisława
Mazur Irena
Mrozińska Krystyna
Olszewska Halina
Olszewska Irena
Orlik Stefania
Przybyszewska Melania
Przybytko Jadwiga
Piekarska Krystyna
Piekarska Teresa
Ramatowska Stanisława
Regner Danuta
Rusak Monika
Sękowska Wiesława
Siedlecka Helena
Stosyk Jadwiga
Strzeszewska Pelagia
Szeląg Danuta
Średnicka Jadwiga
Warzec Euzebia
Wichlińska Maria
Wojciechowska Maria
Wojewódzka Wiktoria
Wołłowicz Alicja
Woydyno Elżbieta

Dnia 5 listopada 1949 r. ukończyły Szkołę Pielęgniarstwa przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego i dyplomy otrzymały następujące słuchaczki:

Babik Danuta
Berezowska Anna
Baranowska Aurelia
Błońska Jadwiga
Deryńska Irena
Filipowicz Walentyna
Garścia Zofia
Getner Jadwiga
Gębska Alicja
Grabowska Zofia
Jaśkiewicz Krystyna
Jaworowska Wilgeforda
Jędraszko Krystyna
Kazikowska Amelia
Kościńska Halina
Kielak Stefania
Kowalewska Irena
Krzywicka Hanna
Kruk Henryka
S. Laskowska Emilia
Łukasiak Genowefa
Łukaszek Hanna
Mazurkiewicz Jadwiga
Mieścicka Anna
Mioduszewska Irena
Młynarska Emilia
Moraczewska Danuta
Nicz Barbara
Orzechowska Krystyna
Paklerska Zofia
Pazderska Jadwiga
Pietrusińska Bogusława
Pszczółkowska Daniela
Siejka Maria
Słomka Regina
Skaruz Henryka
Sołtan Jadwiga
Szczepańska Henryka
Tiwołowicz Leokadia
Wojciechowska Barbara
Wojtyra Maria
Woźniak Sabina
Wolska Alicja
Zdanowska Katarzyna
Ziemska Józefa



Fot. Franckowiak



„Gdy oddziały szpitalne współzawodniczą w ciszy"...

WYGODNE
W PIELĘGNOWANIU DOMOWYM

Rękawica do mycia chorych wykonana na drutach z bawełny knotowej, ze ściągaczką ściśle przylegającą do przegubu ręki. Rękawica ta pozostawiając paluch wolny jest wygodna w użyciu, łatwa do wkładania i zdejmowania.



KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy



Wolna Trybuna

W SPRAWIE SZKOLENIA NIŻSZEGO PERSONELU SŁUŻBY ZDROWIA

Dużej machinie Służby Zdrowia personel niższy jest małym, lecz tak samo niezbędnym kółkiem, które prawidłowo i sprawnie musi współpracować z innymi.

Czy zatem słuszne jest, że, jak to się dzieje dotychczas, niższy personel jest przyjmowany do pracy bez żadnego przygotowania, ani też nie jest systematycznie przeszkalany?

Czy w interesie całości pracy, a więc dobra chorego nie leży, aby i ci pracownicy otrzymywali wyszkolenie odpowiednie do pełnionych funkcji? Czy wykonywania „najniższych usług" jest zajęciem, którego nie trzeba się uczyć, czy nie jest ono zaszczytne i czy nie powinno być wykonywane z zamiłowaniem?

Pytania te poddaję pod dyskusję, przy czym pozwalam sobie pierwszej zabrać głos w tej sprawie.

Szkolenie personelu niższego uważam za sprawę palącą, brak należytego wyszkolenia personelu niższego utrudnia pracę średniemu i wyższemu personelowi, co odbija się ujemnie na całości pracy. Prawidłowe, higieniczne i dokładne sprzątanie sal chorych i innych pomieszczeń, wietrzenie, pranie bielizny, zmywanie naczyń, jak też nieprzenoszenie infekcji do innych sal, oddziałów i na zewnątrz szpitali, życzliwy i bezinteresowny stosunek do chorych, koleżeńska lecz i karna współpraca z personelem średnim i wyższym — da rezultaty, które pośrednio przyczynią się do polepszenia opieki nad chorym.

Podnosząc przez kształcenie niższego personelu, wartość jego pracy stwarzamy warunki spokojnej pracy dla całego personelu, opartej na wzajemnym zaufaniu i szacunku, bez czego jest ona niezmiernie uciążliwa.

Żadna, nawet najprostsza czynność, nie może być wykonywana nieumiejętnie, bezmyślnie, ani jako coś oderwanego, nie łączącego się z całością Najprostszą nawet pracę trzeba się nauczyć wykonywać prawidłowo i że świadomością jej potrzeby

i celowości. Tak pojmowana praca daje zapał i zadowolenie z jej wykonywania.

Nie każdy przecież ma zdolności, a więc i chęci do głębszych studiów, niechżeż wykonuje taką pracę, do jakiej przy swoich zdolnościach może się przygotować. Nikt jednak dlatego, że jest mniej zdolny, czy nie ma innych możliwości uczenia się, nie może pozostawać w ciemnocie i zacofaniu. Ustrój jaki zapanował w nowym Państwie daje wszystkim możność kształcenia się i dąży do tego, aby mieć na każdym szczeblu pracy ludzi wykwalifikowanych, szanujących swoją pracę i przez to samo wzbudzających szacunek u innych.

Wydaje mi się, że potrzebom niższego personelu Służby Zdrowia opieki zamkniętej jak i otwartej odpowiadałby kurs o następującym programie:

1. Elementarne wiadomości z zakresu anatomii i fizjologii, higieny osobistej i ogólnej, bakteriologii (drogi szerzenia się chorób zakaźnych), aseptyki, profilatyki.
2. Dokładne i obszerne wiadomości teoretyczne i praktyczne z zakresu sprzątania, w zależności od tego gdzie i kiedy ono się odbywa, metody sprzątania, środki i narzędzia do tego używane itp. Znajomość środków dezynfekcyjnych i sposobów odkażania pomieszczeń i wszelkich rzeczy oraz przedmiotów używanych przez chorego.
3. Wychowanie społeczne, zasady etyki, zwłaszcza w stosunku do chorych.

Jest to z grubsza naszkicowany schemat programu, który jak i całe powyższe zagadnienie poddaję krytyce i dyskusji. Chciałabym bardzo, żeby rezultatem tego było zorganizowanie sieci kursów doszkalających obecny niższy personel Służby Zdrowia i stałych kursów przygotowujących nowy wykwalifikowany niższy personel tego działu pracy.

Wszak szkolenie w innych działach pracy odbywa się również nietylko wśród umysłowych pracowników lecz i fizycznych.

Stefania Kuk
Pielęgniarka



Nasza Korespondencja

KD. MARIA U. WROCŁAW. W odpowiedzi na pytanie dotyczące sprawy urlopu poniżej podajemy wyciąg z pisma Prezydium Rady Ministrów Nr-0-III 27/6 z dnia 10.IX.46 r.

...„**Urlopy z innych powodów.**

Poza urlopem wypoczynkowym poszczególne pragmatyki służbowe przewidują inne rodzaje urlopów, na czoło których wysuwa się urlop z ważnych względów publicznych.

Ocena, co należy zaliczyć do ważnych względów publicznych należy do władzy i trudno jest z góry przewidzieć przypadki, które pod to podpadną.

Obecnie jednak wymagania życia społeczno - politycznego wysuwają takie zagadnienia jak szkolenia i doszkalanie personelu, branie udziału w pracach związku zawodowego lub partii politycznych, które to zagadnienia odpowiadają w pełni pojęciu ważnych względów publicznych.

Udzielanie zatem dłuższych urlopów płatnych w wyżej wymienionych celach jest wskazane w szczególności:

1. Urlop w celach szkolenia.

Na prośbę zainteresowanych pracowników Obywatele Ministrowie mogą udzielać płatnych urlopów, trwających dłużej niż dwa miesiące, jeżeli celem urlopu jest

a) dokończenie nauki w szkole,
b) przygotowanie się i przystąpienie do egzaminów w uczelniach,
c) uczestnictwo w kursach specjalnych, gdy jednocześnie branie udziału w nich oraz wykonywanie zwykłych obowiązków służbowych przez pracownika nie jest możliwe.

Urlopowanie w celach wyżej określonych winno odbywać się z uwzględnieniem potrzeb aktualnych urzędu i nie może uzasadniać wniosków o dodatkowe kredyty na wydatki osobowe.

Władza udzielająca urlopy winna czuwać nad celowym wykorzystaniem w szczególności sprawdzać, czy cel urlopu został osiągnięty. W każdym przypadku stwierdzenia niewłaściwości należy wyciągać jak najdalej idące konsekwencje, aż do zupełnej dyskwalifikacji pracownika włącznie.

2. Urlop dla prac. w Związkach Zawodowych.

Związki Zawodowe pracowników państwowych, jako czynnik powołany do współdziałania z kształtowaniem zawodu urzędniczego rolę swoją może spełnić tylko w tym przypadku, jeżeli się umożliwi i ułatwi pracę w Związkach najbardziej wartościowym elementom urzędniczym.

W związku z powyższym Obywatele Ministrowie bezpośrednio w swoim zakresie działania okażą związkom jak najdalej idącą pomoc i poparcie. Między innymi pomoc ta powinna się wyrażać w płatnym urlopowaniu na wniosek zarządów głównych w związku w każdym poszczególnym przypadku — pracowników, niezbędnych do prac w związku przez libera interpretowanie właściwych przepisów poszczególnych pragmatyk służbowych".

Ob. F. RYCHTER, BYTOM. Zapytuje Pan czy i gdzie jest szkoła pielęgniarstwa, do której mógłby Pan wstąpić, nie przerywając pracy zarobkowej, wobec konieczności utrzymania żony i dziecka.

W Polsce nie ma szkół pielęgniarstwa dla mężczyzn, mógłby Pan jedynie ukończyć jeden z kursów 6-cio miesięcznych dla „Młodszych Pielęgniarek",